

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N° 47

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André BOUTET

né à Paris, le 7 octobre 1884

CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES MENTAUX

D'ORIGINE PUERPÉRALE

Président : M. GILBERT-BALLET, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (v^{ie})

1911

47

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André BOUTET

né à Paris, le 7 octobre 1884

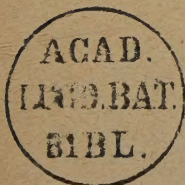
CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES MENTAUX

D'ORIGINE PUERPÉRALE

Président : M. GILBERT-BALLET, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale.	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
Clinique chirurgicale.	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LORPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYK	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GILBERT BALLEZ

Professeur de clinique des maladies mentales
Chevalier de la Légion d'honneur

*Hommage respectueux pour le grand
honneur qu'il nous fait en acceptant
la présidence de notre thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR SÉGLAS

Médecin de la Salpêtrière

*Qui nous a donné le sujet de cette
thèse et que nous tenons à remer-
cier de ses précieux conseils et de
la bienveillance dont il nous a tou-
jours honoré.*

A MON AMI

LE DOCTEUR THIERCELIN

A MES MAITRES D'EXTERNAT DANS LES HOPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

(In memoriam)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOSSET

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZY

MONSIEUR LE DOCTEUR BABINSKI

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MONSIEUR LE DOCTEUR SERGENT

MONSIEUR LE DOCTEUR SÉGLAS

MONSIEUR LE DOCTEUR MAILLARD

A MES MAITRES ET AMIS :

MM. LES DOCTEURS DESMAREST ET RIVET

A MES AUTRES MAITRES :

MM. LES DOCTEURS ALGLAVE, COMTE,
JOSUÉ, LEPAGE, RIBADEAU-DUMAS

CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ÉTUDE
DES
TROUBLES MENTAUX
D'ORIGINE PUERPÉRALE

INTRODUCTION

Durant les mois que nous avons passés à la Salpêtrière, comme externe, dans le service de notre maître, M. le D^r Séglas, notre attention a été attirée par la fréquence des phénomènes puerpéraux (infection, grossesse, accouchement, allaitement), dans l'étiologie d'un certain nombre de psychoses.

Il nous parut alors intéressant d'examiner systématiquement chacune des malades de la division Pinel qui présentait un trouble puerpéral quelconque dans les antécédents immédiats de ses manifestations plus ou moins délirantes et très vite nous en arrivons à vérifier combien était exacte l'assertion de M. le professeur Gilbert Ballet dans ses *Leçons cliniques* de l'année 1897, à savoir qu'il existait « non pas une mais des psychoses puerpérales », tant en raison des causes auxquelles on les peut rapporter que des symptômes présentés par ces malades et de l'évolution de leur affection.

Ce sont ces observations si différentes les unes des autres par certains points, comparables par d'autres, qu'il nous a paru intéressant de rapporter ici aussi cliniquement que possible, comme nous les avons observées.

Parmi les 17 observations inédites que nous rapportons, deux proviennent de la clientèle de ville de M. le Dr Ségla, qui a bien voulu nous les confier.

Des 15 autres, nous avons connu les malades, nous avons interrogé les membres de leurs familles, consulté les dossiers qui les concernent, nous les avons examinées journellement et vues évoluer de semaine en semaine, les unes vers une guérison plus ou moins rapide et qui paraissait devoir être durable. Les autres plus lentes dans leur marche, évoluant vers la chronicité, sombrant dans un état de déchéance physique et morale dont certaines ne semblent pas devoir sortir, dans lequel d'autres sont demeurées depuis de nombreuses années quand la mort n'est point venue les y surprendre.

Il nous semble donc, au premier abord, dans l'étude clinique des cas que nous allons rapporter ici, qu'on peut les rapprocher, au point de vue de leur évolution, de deux grands types : cas aigus et cas chroniques.

En rapportant les observations que nous avons pu recueillir, nous verrons à laquelle de ces deux classes elles nous semblent pouvoir être rapportées, puis quelle conclusion pratique il nous semble que nous pourrions tirer de cette étude faite dans notre

sphère, étude que nous aurions voulu voir porter sur un plus grand nombre de cas, mais que le désir où nous étions d'examiner nous-mêmes les malades nous a forcés à limiter.

Mais auparavant, qu'il nous soit permis d'exprimer notre respectueuse reconnaissance à notre maître, M. le D^r Séglas, qui, nous ayant indiqué le sujet de cette thèse a bien voulu nous en fournir les documents, et nous donner les conseils précieux de sa haute autorité pour mener jusqu'au bout ce travail, et d'adresser nos remerciements à notre excellent ami, le D^r André Collin, pour les conseils cordiaux qu'il nous a si amicalement donnés.

OBSERVATIONS

Nous allons rapporter tout d'abord l'observation inédite d'une malade appartenant à la clientèle de M. Séglas et que notre maître a bien voulu nous autoriser à publier.

Elle se rapproche de deux malades étudiées par nous dans son service.

OBSERVATION I

M^{me} B..., âgée de vingt-deux ans, n'a présenté à notre connaissance aucun antécédent personnel nerveux ou psychiatrique. Nous n'avons pu rien relever dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Primipare, elle accouche à la fin d'avril 1904. Son accouchement est normal, elle n'a pas d'albumine ni de crise d'éclampsie. Pas d'infection.

Elle allaite, est très fatiguée par son allaitement, se réveillant à tout propos pour donner le sein à l'enfant qui crie.

Elle a peu de lait et s'alimente d'ailleurs elle-même insuffisamment.

Elle regrette beaucoup de n'avoir que peu de lait, elle craint de devoir confier l'enfant à une mercenaire. Cinq semaines après son accouchement, au commencement de juin, elle fait une crise de délire hallucinatoire onirique avec confusion, agitation anxieuse par intervalles.

Elle entend des voix, croit qu'on veut l'emprisonner, a des

idées de culpabilité. Ou bien encore elle croit que son enfant va mourir.

Désorientation. Fausses reconnaissances.

Elle fait enfin une tentative de suicide.

Amélioration par intervalles.

On cesse l'allaitement, on l'isole et elle guérit très rapidement à la suite d'un traitement d'abord sédatif, puis tonique.

Février 1909. — A la suite d'une grippe, elle fait un état de dépression très prononcé, avec torpeur, paresse intellectuelle, puis confusion mentale caractérisée avec de la désorientation, des intervalles de calme et d'agitation vespérale et nocturne avec délire onirique. Quelques hallucinations. Elle guérit rapidement au cours du mois du mai.

Voici donc une malade que rien dans ses antécédents héréditaires ni personnels ne nous permet de considérer comme une prédisposée. Son accouchement s'est passé normalement sans infection apparente ; cependant elle a présenté pendant plusieurs jours du délire. Ce délire a disparu sans laisser de traces ; mais quelques mois plus tard, à l'occasion d'une grippe, des accidents du même ordre que les premiers ont fait leur apparition.

Quelle est leur étiologie ? Il semble bien que l'excès de travail imposé à l'organisme puisse être incriminé dans la production de la première crise et que le surmenage imposé à cette malade par un allaitement difficile ait joué là un rôle analogue à celui que l'infection grippale jouera dans la suite chez

le même sujet. En un mot, qu'on s'est trouvé dans ce cas en présence d'une de ces psychoses puerpérales si courantes, indépendantes de toute albuminurie.

Ce rôle de l'allaitement, d'ailleurs dans la production de certaines psychoses, est assez fréquent.

Nous avons vu, il y a peu de temps, à la consultation externe de la Salpêtrière, une nourrice qui depuis plusieurs semaines déjà présentait des hallucinations auditives et visuelles assez fréquentes.

La malade nous ayant semblé, en définitive, peu atteinte nous avons simplement conseillé de suspendre l'allaitement. Quinze jours après elle est revenue nous trouver ayant sevré, et complètement guérie.

Par quelle pathogénie l'allaitement va-t-il agir sur la production de ces psychoses ? Nous ne rappellerons pas ici les théories anciennes auxquelles M. le professeur Gilbert Ballet fait pour mémoire allusion dans ses *Psychoses et affections nerveuses* (*Leçons cliniques*, p. 108). Quant à la théorie infectieuse nous sommes parfaitement en droit de l'éliminer dans l'observation précédente où la malade n'a jamais présenté ni abcès ni gerçure du sein pendant sa lactation, et nous croyons préférable d'admettre qu'il s'agit, dans ce cas particulier, d'une de ces psychoses où la débilitation de l'organisme joue le rôle primordial (1).

Toutefois, le fait qu'à la suite d'une infection grip-pale banale la malade en question a de nouveau présenté des accidents semblables, nous fait nous

1. Gilbert Ballet, *Psychoses et affections nerveuses*, p. 108.

demander si les psychoses d'origine puerpérale dans la production desquelles la fatigue est la fonction primordiale ne doivent pas être rapprochées des psychoses infectieuses, l'organisme débilité étant mis en état de résistance moindre par rapport aux toxines de l'organisme.

Voici maintenant quelques observations de malades que nous avons recueillies dans le service de M. Séglas et dont il nous semble que par certains points la malade précédente peut être rapprochée.

OBSERVATION II

Suzanne M. . . , journalière, âgée de vingt et un ans, entre à la Salpêtrière le 31 janvier 1911, avec un certificat portant : troubles intellectuels à la suite d'un accouchement récent caractérisés par de la stupeur, du mutisme, refus des aliments et agitation survenant par intervalles.

D'après les renseignements fournis par son oncle, cette jeune femme appartient à une famille d'aliénés. Elle a, dans ses antécédents héréditaires :

Un grand'père maternel buveur. Une grand'mère morte paralysée à la Salpêtrière.

Ses parents sont des têtes faibles.

Son père est sobre, mais illettré, ne sait pas signer son nom.

Sa mère on l'appelle « la folle, moulin à paroles », etc.

Elle a de plus six frères ou sœurs présentant tous des caractères bizarres (?) *sic*.

Dans ses antécédents personnels, nous trouvons des convulsions à l'âge de dix-huit mois, elle est peu intelligente, paresseuse, faisant sans cesse le geste de refuser quelque chose; elle va peu à l'école, apprend tout juste à lire et à écrire et ensuite faiblesse des parents ou mauvais vouloir de l'enfant, ne fait pas d'apprentissage sérieux.

Aucune maladie à signaler.

En 1906 la malade est devenue enceinte pour la première fois. Sa grossesse n'a rien présenté d'anormal, elle semblait un peu triste, tristesse motivée peut-être par les reproches de ses parents.

Elle accouche en janvier 1910 chez une sage-femme d'une petite fille qui meurt en naissant.

Dans le courant de la même année, elle redevient enceinte et manifeste alors de la nonchalance, de la fatigue, ne veut pas manger, elle exprime dans les phrases qu'on nous a rapportées un état de préoccupation permanente et de tristesse.

« Je veux mourir, je ne pourrai pas me marier avec mon Louis » (le père de son enfant), ou bien encore, « à Pâques je n'y serai plus, je me tuerai ».

Elle accouche à Tenon, en janvier 1911, d'une petite fille actuellement bien portante.

Son accouchement est normal.

Pendant huit jours elle tente d'allaiter, mais cesse, se disant trop fatiguée.

Sortie de Tenon, elle entre à Lariboisière pour un mal de gorge sur lequel nous n'avons pas de détails.

Elle rentre chez elle, reste « figée » (?) (*sic*), répète à plusieurs reprises qu'elle veut mourir, et après un bain

brusquement, cesse complètement de parler, sans refus d'aliments.

Cet état se prolonge quelques jours. Le 29 janvier 1911, elle rompt son silence pour dire : « Je vois des lumières, tu vois cette grande dame noire, c'est pour le deuil de mon enterrement. »

Elle ne fait pas de tentative de suicide. Toutefois sa famille effrayée l'amène le 30 janvier à la Salpêtrière où nous avons l'occasion de l'examiner le lendemain.

Le 31 janvier, jour du premier examen, elle entre dans le cabinet de M. Séglas d'un air effrayé, elle s'assied silencieuse, très triste, les yeux sont très mobiles.

— Avez-vous peur ?

— Oui (de la tête).

— Savez-vous où vous êtes ?

— Non (de la tête).

— Êtes-vous à l'hôpital ?

— Je ne sais pas (parlé).

C'est là d'ailleurs le seul mot que prononce la malade au cours de ce premier interrogatoire, elle ne répond que par signes de tête (oui ou non) aux questions qu'on lui pose et se contredit fréquemment par ses signes, elle ne regarde pas l'interrogateur, se tourne de trois quarts du côté opposé, elle donne bien la main et son bras ne conserve pas les positions qu'on lui fait prendre.

Ses signes de réponse se font rapidement.

L'interrogatoire terminé, elle se lève difficilement, paraît très faible. Elle a du mal à se tenir debout.

Durant les jours qui ont suivi son entrée à l'hôpital, la malade a donné à plusieurs reprises des signes d'agitation.

Elle se lève dans la nuit et va se coucher dans le lit placé en face, chante des chansons, a des tremblements sans cause, appelle sa mère et demande la mort. Mais en dehors de ces paroles, elle demeure silencieuse et ne répond pas quand on l'interroge, persistant dans ses seuls signes de tête : « Oui ou non. »

Dans son lit elle fait des gestes bizarres, tangué les bras écartés et ramène sans cesse vers elle les couvertures, ses yeux sont très vifs.

Elle refuse les aliments, on est obligé de l'alimenter par force, elle garde les aliments dans sa bouche, les laissant s'écouler ensuite ou les crachant.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Pas de dermatographisme.

La sensibilité tactile semble émoussée.

Elle gâte dans son lit.

5 février. — A son père venu pour la voir, elle a dit : « Papa, qu'est-ce que j'ai fait pour être ici, je veux mourir », puis elle a demandé Louis le père de son enfant et ensuite n'a plus rien dit.

6 février. — Elle s'est laissée alimenter quelque peu et a un peu répondu aux questions posées.

7 février. — Elle s'alimente mieux et demande à manger des confitures, mais on est toujours obligé de la faire manger.

Cependant l'état général semble meilleur et le 15 février, pour la première fois, la malade s'alimente toute seule.

Dorénavant elle mangera bien, mais elle demeure toujours très silencieuse et gâte presque continuellement. A une ou deux reprises elle s'est plainte de la tête, à ces moments elle

ne dormait pas durant la nuit et appelait souvent sa mère.

24 mars. — Après l'avoir traitée par des piqûres de cacydylate de soude on lui commence en même temps une série de piqûres de strychnine et de douches.

Elle prend ensuite des bains sans cesser ses douches, mais jusqu'à la fin du mois son état accuse peu d'amélioration.

7 avril. — Pour la première fois elle demande à rentrer chez elle.

9 mai. — Elle demande du travail, mais cette tentative ne dure pas ; elle est mieux alors, mange bien, cause un peu, ne gâte plus.

Depuis les premiers jours de mai, fait qui semble avoir marqué dans son esprit : *elle se coiffe toute seule*.

Elle semble avoir attaché à ce phénomène une importance aussi considérable que celle que nous y avons attachée.

6 juin. — Elle recommence à travailler et cette fois de manière régulière, elle aide les infirmières est très calme, mange bien, parle peu, mais déclare qu'elle a toujours été très peu causeuse.

28 juin. — La malade qui a réclamé sa sortie, vient dans le cabinet de M. Séglas. A nos questions elle répond qu'elle va mieux, mais elle répond par le minimum de mots aux questions qu'on lui pose. Elle ne se souvient ni du début de sa maladie, ni de son entrée à la Salpêtrière, ni des jours qui ont précédé ou suivi cette entrée.

— Avez-vous été étonnée d'être ici ?

— Oui.

— Vous en êtes-vous aperçue ?

— Non, je ne pensais à rien.

— Vous souvenez-vous que vous ne parliez pas ?

— J'avais mal à la gorge.

Ses seuls souvenirs datent, dit-elle, des premiers jours de mai, du jour où elle a commencé à se coiffer seule, ce qui semble avoir fait une grande impression sur son esprit.

Ses règles n'ont pas encore reparu depuis l'accouchement.

Nous lui demandons ce qu'elle désire.

— M'en aller.

— Que ferez-vous dehors ?

— Je travaillerai dans la maroquinerie où je gagnais deux francs cinquante par jour.

— Avez-vous été malade à votre premier accouchement ?

— Non.

L'interrogatoire prend fin et la malade demande quand elle sortira de la Salpêtrière ?

11 juillet. — Nous revoyons la malade, elle se dit bien portante, mais parle toujours fort peu.

« Je ne suis pas bavarde, nous répond-elle, je n'ai jamais causé beaucoup plus. »

Elle manifeste un vif désir de sortir et revient sur ce sujet à plusieurs reprises.

— Que ferez-vous une fois sortie ?

— Je travaillerai.

— Pourquoi ne travaillez-vous pas ici ?

— Parce que je n'ai pas mon travail habituel, je ne sais pas coudre, j'aide les infirmières, mais je m'ennuie.

Elle continue toujours à ne se rien rappeler, des choses qui ont précédé ou suivi son entrée à la Salpêtrière, sauf depuis les premiers jours de mai.

« Quand je me suis coiffée » (*sic*).

Elle nous parle de son enfant qu'on lui a amené, dit son nom et la couleur de ses cheveux.

Enfin elle nous parle de sa sortie maintenant fixée au jeudi 20 juillet, et dit attendre ce jour avec une vive impatience.

Elle sort le 20 juillet à notre avis et au dire des siens dans un état normal.

Comme la malade précédente, cette jeune femme a donc présenté une évolution aiguë de sa psychose terminée dans un temps relativement court, par une guérison qui nous a paru complète, mais il existe entre elles cependant des divergences assez nettes.

Tout d'abord, alors que la première malade que nous avons étudiée avait une hérédité et un passé absolument sains, nous voyons que la jeune femme que nous venons d'étudier présente dans sa famille un certain nombre de tares, qu'elle-même a eu des convulsions dans son enfance à la suite desquelles elle est restée peu intelligente, et qu'au cours de sa grossesse enfin elle a eu des idées de tristesse au point de désirer la mort.

Plus tard l'étiologie des accidents démentiels qu'elle a présentés nous paraît complexe. Sans doute la malade a allaité et la fatigue causée par cet allaitement entre peut-être pour une part quelconque dans la production de ces accidents. Mais étudiée de près, l'étiologie nous paraît plus complexe encore. Peuvent être incriminés à notre connaissance : l'héré-

dité, les accidents antérieurs à l'accouchement, l'allaitement, l'angine grave.

De plus, la malade que nous étudions a été singulièrement plus atteinte que la précédente, la durée de son affection a été autrement prolongée.

A notre avis, cette malade chez laquelle l'infection puerpérale n'a pas été démontrée, doit être exactement superposée à l'autre, les grosses différences de terrain expliquent la plus grande intensité de l'accès. Nous croyons pouvoir mettre un point d'interrogation au sujet de l'évolution future, et nous demander si au cours d'une grossesse nouvelle, Suzanne M... ne présenterait pas de nouveau des accidents mentaux plus accusés encore que la première fois, et si même en dehors de tout accident puerpéral (et dans ce terme nous entendons non seulement les infections, mais l'accouchement lui-même, la grossesse et l'allaitement) elle ne présentera pas de nouveaux troubles évoluant cette fois vers la chronicité, ainsi que nous l'avons pu reconstituer grâce à la bienveillance de notre maître pour un certain nombre de malades dont nous rapporterons ultérieurement les observations.

Voici maintenant une autre malade que nous avons vue à la division Pinel dans le même temps que la précédente, qui entra au moment où celle-ci commençait à s'améliorer et qui présente avec elle un certain nombre de points de contact.

OBSERVATION III

Marcelle L..., ménagère, vingt et un ans, entre à la Salpêtrière le 2 juin 1911. Son certificat d'entrée nous apprend qu'à la suite d'un accouchement récent elle a été atteinte de dépression psychique avec aboulie et idées de suicide.

D'après les renseignements que fournit son entourage nous apprenons que la mère de cette jeune femme a été internée il y a quelques années pour des troubles cérébraux survenus à la suite d'une otite et que son père était buveur.

A notre connaissance rien dans ses collatéraux.

Elle-même très forte étant enfant, paresseuse et marchant avec difficulté, n'a pas eu d'autre maladie d'enfance que la rougeole.

Réglée à douze ans, elle a eu des troubles gastriques à quinze ans et c'est tout ce que l'on peut signaler dans son passé.

Elle a eu son certificat d'études à treize ans, puis elle est entrée en apprentissage, mais elle restait peu de temps dans ses places, refusant d'être commandée.

D'un caractère aigri, triste et chagrin, elle a toujours trouvé qu'on ne lui obéissait pas assez.

A seize ans et demi elle s'est mariée.

Deux ans après elle est devenue enceinte et a manifesté alors des idées bizarres.

Elle supporta mal cette première grossesse, se plaignant sans cesse des jambes, des reins, du ventre.

Au troisième mois de sa grossesse elle a quitté brusquement son mari à la suite d'une discussion futile et est arrivée

chez sa mère, et n'est rentrée au domicile conjugal que quinze jours plus tard. D'après ce qui nous est raconté elle aurait eu de l'albumine dans ses urines au cours de cette première grossesse.

Son premier accouchement a été normal, à terme, mais un peu long et difficile, cependant on n'a pas fait usage du forceps.

Les jours suivants elle eut une crise d'anurie qui se prolongea six heures, anurie et non rétention car elle fut sondée sans résultat.

Durant ces jours elle fut très impatiente, s'exaspérant sans motif après son entourage.

Le onzième jour après l'accouchement elle semble plus exaspérée encore que d'habitude.

Dans la nuit suivante elle se lève et court chez sa mère, qui habite la même rue, les pieds nus, en jupon, les cheveux épars, les yeux hagards, en prétendant que son mari était mort.

Reconduite chez elle, elle soutint que son enfant allait mourir d'étouffements.

Durant les deux jours qui suivirent elle resta agitée reconnaissant son entourage, mais ayant pris en haine son mari et sa sœur.

A tout son entourage elle disait des injures, puis elle avait des crises de délire mystique, parlait de Dieu, du ciel et de l'enfer, avait des visions, entendait des voix. Elle eut aussi, durant ces jours, des idées de suicide qu'elle tenta de mettre à exécution en se jetant par la fenêtre. Elle fut alors conduite à la Pitié et de là dirigée sur Sainte-Anne.

Pendant le temps très court de son séjour à la Pitié son

état ne se modifia pas, elle tenait des propos incohérents, avait sans cause des crises de larmes, puis de rire.

Elle fut internée à Sainte-Anne avec un certificat portant : dégénérescence mentale avec illusions hallucinatoires pénibles, idées de persécution. Irritabilité, loquacité, puis avec mutisme. Le mot de démence précoce fut même prononcé. A Sainte-Anne où elle demeure pendant huit mois, d'après les renseignements qui nous sont fournis, son état se modifia assez peu.

Inactive, silencieuse, toujours solitaire, elle ne manifestait plus d'idées de suicide et n'accusait plus d'hallucinations mystiques.

Elle reconnaissait sa mère et sa sœur, mais elle injurait cette dernière.

Elle refusait d'accepter les aliments qu'on lui apportait craignant d'être empoisonnée par eux.

Un jour elle se promena dans la cour, les cheveux éparés et piqués de branchages.

Puis, presque subitement, elle se remet en quinze jours.

Reçut plus aimablement sa famille, demanda sa sortie, s'occupa avec les infirmières, et sortit très améliorée au bout du huitième mois de son séjour.

Elle fut très bien portante durant les cinq mois qui suivirent son retour chez elle (mars 1910).

Au mois de septembre 1910, elle redevient enceinte et dès les premiers jours d'octobre quitte brusquement son mari sans même de discussion préalable après avoir conduit son enfant à la nourrice.

Arrivée chez sa mère elle lui raconte qu'elle craignait de faire du mal à son enfant.

Au mois de novembre, à la fin du mois, elle a un abcès au sein et demeure trois semaines à la Pitié.

Sur les conseils de sa mère, au commencement de janvier, elle revient chez son mari et demeure très calme, travaillant jusqu'à la fin de sa grossesse.

Elle aurait eu alors de l'albumine. Elle accouche avant terme, à sept mois et demi, son accouchement est normal, mais, comme il se prolonge, elle s'exaspère après l'enfant et dit une heure avant la fin de l'accouchement : « qu'on me l'enlève ou je l'étrangle ».

On la transporte à la Pitié aussitôt après son accouchement et pendant trois ou quatre jours, elle a 40 degrés de température avec de la dyspnée et de la rétention d'urine. Elle est alors atteinte de congestion pulmonaire.

Elle n'a pas alors d'albumine dans ses urines.

Pendant deux jours elle fait une tentative pour allaiter, mais elle cesse car elle a des abcès au sein et le pus s'écoule par le mamelon.

Elle est très déprimée, découragée, s'ennuie, a des idées de suicide.

Après onze jours de séjour à la Pitié elle part pour le Vésinet.

Elle n'y demeure que deux jours, se trouve fatiguée, la tête vide, se plaint d'avoir les jambes molles, de la céphalée en casque, penser la fatigue, elle a des idées embrouillées mais pas de désorientation.

Subitement elle craint de mal soigner son enfant et quitte le Vésinet pour rentrer chez sa mère.

Elle y demeure trois jours, inerte, silencieuse, ne s'occupant à rien, mangeant par force, mais propre, faisant sa toilette elle-même et ne gâtant pas.

Elle demande elle-même à aller à la Salpêtrière où on l'amène le 2 juin 1911. Ce jour-là elle nous paraît fort triste.

M. Séglas devant nous l'interroge :

— Qu'avez-vous ?

— J'aimai dans la colonne vertébrale, dans la tête, l'oreille et les jambes.

— Vous n'avez plus de courage à rien ?

— Je ne peux rien faire, je voudrais bien.

Elle a dit à sa mère qu'elle voudrait mourir et nous le répète.

Elle n'a aucun signe physique.

Conduite dans le service, elle s'y comporte comme une malade, docile et silencieuse, répondant à peine aux questions qu'on lui pose et ne parlant pas sans interrogation.

Elle n'a pas d'albumine, cependant elle est mise au lait car c'est le seul aliment qu'elle prenne volontiers.

5 juin. — Elle demande d'elle-même d'autres aliments et commence à travailler quelque peu.

Elle a comme traitement le repos au lit, des bains sulfureux et des piqûres de cacodylate de soude.

Elle est très docile, se nettoie elle-même, ne gâte pas, mange volontiers mais reste silencieuse, peu intéressée parce que qui se passe autour d'elle et aux questions seulement elle consent à répondre.

10 juin. — Elle commence à causer un peu avec le personnel.

15 juin. — Elle est mieux, parle davantage, s'alimente bien, sa tenue est très correcte.

Deux jours après elle demande à aller à l'atelier où elle s'occupe à la couture.

21 juin. — Elle réclame d'elle-même des bains sulfureux, s'étant trouvée, dit-elle, améliorée par la première série.

Peu bavarde par nature, elle parle toujours fort peu, mais répond bien aux questions qu'on lui pose.

Elle s'intéresse à ce qui se passe autour d'elle, sa mine est bonne, son appétit excellent, elle engraisse.

30 juin. — A la visite elle vient trouver M. Séglas et réclamer sa sortie dont on fixe la date au 13 juillet.

Depuis que la malade le sait elle semble mieux encore, plus gaie, plus causeuse, elle vient chaque jour à la visite nous entretenir de sa sortie dont elle nous dit la date et dont elle se réjouit.

9 juillet. — Elle vient nous voir ; elle est très bien, elle nous donne des détails sur sa grossesse, sur son accouchement, sur la tentative d'allaitement qu'elle a faite sur le début de sa maladie et sur son séjour au Vésinet, tout cela avec intelligence et précision.

Elle dit :

« Je n'avais le courage et la force de rien faire », mais elle se souvient très bien de tout ce qui concerne son entrée à la Salpêtrière, elle se rappelle fort bien tout ce qui l'entourait, et les personnes qu'elle y a vues.

Elle a été mieux aussitôt après son arrivée, nous dit-elle, cependant elle craignait de ne jamais sortir.

Interrogée sur la crise qu'elle a eu deux ans auparavant elle nous donne à ce sujet quelques renseignements :

« Je n'ai pas eu, dit-elle, la notion du temps qui passait, mais je me rappelle très bien tout ce qui s'est fait autour de moi pendant ce temps-là. »

Elle est très bien portante, elle a engraisié, bonne mine ; elle est de très bonne humeur, plaisante même sur son état passé et souhaite de n'y jamais retomber. Elle se préoccupe beaucoup de sa sortie, qui est imminente et dont elle se réjouit vivement.

Elle sort le 13 juillet dans un état aussi satisfaisant que possible.

7 août. — La malade nous est ramenée par sa mère à la consultation. On nous explique que pendant les dix premiers jours qui ont suivi sa sortie elle a été normale, s'occupant un peu de son enfant laissé en garde chez sa mère et qu'elle allait voir chaque jour. Puis, peu à peu, elle devient triste avec, par intervalles, des moments d'impatience. Son enfant lui ayant été rendu à ce moment, elle a dit à plusieurs reprises à sa mère qu'il l'ennuyait et la fatiguait, que volontiers elle l'étoufferait sous la couverture de son lit.

Restée seule avec lui elle craignait de mettre ses idées à exécution, de faire du mal à son enfant, de le jeter dans le ruisseau ou par la fenêtre. Cet état de choses a tellement augmenté qu'on a dû la ramener à la Salpêtrière.

A son arrivée, la malade nous apparaît forte triste, elle demeure silencieuse durant des heures.

Quand nous l'interrogeons, elle nous répond avec précision sur ce qu'elle nomme ses « idées mauvaises » et nous dit qu'elle ne croit pas qu'elle les aurait mises à exécution.

Elle est dans le service très calme, mange et dort bien, et dès les premiers jours commence à s'occuper.

Trois jours après son entrée, elle nous aborde à la visite pour nous dire que tout est fini, que ses idées ont disparu depuis son entrée à la Salpêtrière et qu'elle va bien.

Depuis, à plusieurs reprises, nous l'avons interrogée et chaque fois elle nous a manifesté les mêmes impressions, en nous exprimant le vif désir de sortir. Son aspect physique est demeuré bon, elle n'a présenté aucun trouble et s'est depuis son entrée très bien comportée dans le service, s'occupait même régulièrement de couture.

Elle est sortie dans un état aussi satisfaisant que possible le 23 septembre.

En résumé, pas d'incident marquant avant la grossesse les troubles commençant avec la première grossesse, (fugue) s'exagèrent à l'accouchement internement à Sainte-Anne pendant huit mois, accalmie pendant quelques mois, seconde grossesse (fugue), nouvel accouchement, nouvelle crise internement de deux mois à la Salpêtrière, sortie pendant trois semaines et rechute de six semaines. Voici donc une malade que nous pouvons rapprocher des précédentes, psychose née à l'occasion des accouchements et guérison, mais qui nous paraît beaucoup plus complexe qu'elles.

D'une part, elle a présenté des accidents de délire ou tout au moins des troubles psychiques caractérisés par des idées bizarres au cours même de ses deux grossesses, ces accidents s'étant produits à la première, se sont reproduits à la seconde et manifestés de la même manière sous forme de fugues. Plus tard, à la suite de ses deux accouchements, elle a présenté des accidents de délire beaucoup plus accusés sans

doute à la suite du premier, mais dans les deux cas caractérisés par des craintes et des phobies (sa sœur, son enfant).

D'autre part, il est certain qu'elle a présenté de l'albumine au cours de ses deux grossesses et consécutivement aux deux accouchements. Enfin la malade a une hérédité quelque peu douteuse et semble elle-même, comme d'ailleurs la malade précédente, offrir dans son caractère une prédisposition aux accidents d'aliénation mentale. Quelle est donc la nature du délire qu'elle a présenté, quelle en a été la cause (1).

S'agit-il d'un délire toxique simple relevant de l'albuminurie, d'un de ces délires sur lesquels M. Lallier a remarquablement insisté dans sa thèse (1892). S'agit-il d'un délire toxi-infectieux de cause mal connue, analogue aux cas précédents, la grossesse et l'accouchement agissant par exemple comme agents d'épuisement. Ou bien les accès délirants présentés par cette malade, sont-ils les premières manifestations d'une psychose à évolution chronique, à pronostic grave.

Examinons successivement chacune de ces hypothèses.

Accidents confusionnels d'origine albuminurique : malgré la présence d'albumine dans les urines de la malade, malgré l'anurie qu'elle a présentée, nous ne croyons point devoir nous rallier à cette idée, d'abord parce que les accidents démentiels ne revê-

1. Lallier, Thèse de Paris (1892).

tent pas le type habituel des accidents urémiques, ensuite parce que l'albuminurie a été trop transitoire pour entraîner des accidents aussi prolongés, d'autant qu'on connaît la fréquence de l'albumine à la fin de la grossesse, sans que pour cela elle entraîne des troubles mentaux, enfin parce que la malade, ainsi que nous l'avons vu dans l'observation, a présenté une rechute et cette fois en dehors de toute albumine.

Quant à faire de ces accidents les premières manifestations d'une affection devant évoluer plus tard vers la chronicité, la question peut être discutée.

Sans doute, en faveur de cette hypothèse, nous avons les antécédents héréditaires de cette jeune femme et ses prédispositions naturelles. Mais parce qu'une femme est fille d'alcoolique et elle-même d'intelligence médiocre, il ne s'ensuit pas forcément qu'elle doive sombrer dans la démence précoce ou la folie maniaque dépressive; nous avons aussi la reprise des accidents quelques jours après la sortie de la Salpêtrière, mais le changement d'habitudes, le surmenage imposé par son enfant qu'elle avait repris avec elle, tout cela n'a-t-il pas pu suffire pour provoquer une crise, en définitive atténuée chez une jeune femme d'un caractère peu énergique et volontiers habituée à se laisser aller.

Donc, nous ne croyons pas à l'hypothèse que nous venons de soulever. Toutefois, nous croyons devoir réserver le pronostic et dans ce cas, plus encore que dans le précédent, nous demander si dans quelques années nous n'aurons pas l'occasion de retrouver

cette malade délirant de manière définitive au fond de quelque asile, et l'on sait à combien d'années doivent être réservés les pronostics de maladies mentales.

La troisième hypothèse, celle d'accidents confusionnels relevant d'une infection, nous semble donc en définitive la plus plausible.

Tout d'abord, au cours du deuxième accouchement, l'accident infectieux existe et ceci nous semble donc pouvoir faire rentrer cette crise dans le cadre des accidents démentiels d'origine infectieuse. En rapportant celle du premier, à l'albuminurie, nous pourrions ainsi retrouver les causes des deux grandes crises ; restent les variations de caractère et les fugues au cours de la grossesse. Nous les expliquerons par ce fait que la grossesse modifie le caractère grandement ; les auteurs anciens, et Marcé parmi eux, y avaient déjà insisté. M. le professeur Gilbert Ballet a, lui aussi, mentionné ce fait. Le fait est connu que l'évolution de certaines psychoses a été arrêtée et influencée de manière favorable par la grossesse, l'accouchement, l'allaitement. Nous pourrions à ce propos rapporter ici une observation de ce genre que nous avons été à même de voir évoluer.

Il s'agit d'une malade chez laquelle il ne paraît exister aucune tare ni dans les antécédents héréditaires ni dans les antécédents personnels et qui, enlevée à son pays natal par son mariage, déracinée en un mot, taquinée par son mari, est prise de jalousie, puis de scrupules, qu'elle considère d'abord

comme sans valeur, puis qu'elle prend ensuite au sérieux.

Internée pour cette raison, prise de scrupules mystiques, désorientée par moments, cherchant dans d'autres cas à analyser son état, elle sortit de la Salpêtrière après un séjour de deux mois, améliorée sans doute, mais non guérie, encore en proie à des scrupules.

Revenue à la Salpêtrière quatre mois après, enceinte, elle s'est dite satisfaite, débarrassée de ses scrupules et très bien portante.

S'agissait-il d'une malade simplement scrupuleuse comme beaucoup de femmes, et chez laquelle la satisfaction et les préoccupations d'une grossesse ont amené un changement de caractère comme le cas en a été si fréquemment rapporté, ou bien y aurait-il là, et c'est en raison de la désorientation, de l'inconscience de son état présentée par cette malade à diverses reprises l'hypothèse qui nous apparaît comme la plus plausible.

S'agissait-il d'une malade plus atteinte et sur la psychose de laquelle la grossesse a eu, par une modification de l'organisme, une influence favorable ainsi que le cas en a été aussi très souvent rapporté ? Pour conclure de manière efficace, il nous faudrait avoir sur cette malade et sur l'évolution ultérieure de sa grossesse des renseignements que nous ne possédons malheureusement pas, puisque cette malade n'est pas revenue. Toutefois, son dossier consulté par nous à la préfecture de police, ne nous ayant point appris

qu'elle ait été internée de nouveau, nous sommes en droit de supposer que la grossesse et l'accouchement ont eu une issue favorable.

C'est pourquoi, encore qu'elle ne soit point très affirmative, il nous a paru intéressant de mentionner ici l'observation de cette malade comme preuve à l'appui des modifications favorables que la grossesse peut exercer sur la mentalité de certaines malades.

Si donc en définitive nous admettons, et la question à l'heure actuelle n'est plus à discuter, que la grossesse entraîne des modifications certaines de l'organisme aussi bien au point de vue mental qu'au point de vue de l'économie générale de la femme enceinte, rien ne nous empêchera d'admettre que pour Marcelle L... comme pour les malades précédentes, la grossesse a joué un rôle en tant que grossesse dans la production des accidents délirants et qu'elle rentre ainsi de toutes les manières, et pour chacune des crises qu'elle a présentées, dans le large cadre des psychoses d'épuisement et toxi-infectieuses auxquelles seules est souvent attribué le nom de psychoses puerpérales (1).

Quant à la pathogénie de ces accidents, quant au mécanisme par lequel la grossesse agira, c'est une question fort complexe qui ne trouve point sa place dans cette étude clinique, et que nous nous réservons d'étudier ultérieurement dans le cours de ce travail.

Voici maintenant l'observation d'une malade qui

ayant antérieurement à ses grossesses présenté des accidents de caractère dépressible nous paraît intéressante à rapporter ici parce que, si elle se rapproche par ce caractère d'accidents antérieurs des malades que nous étudierons ultérieurement, elle est semblable à celles que nous venons de voir évoluer par l'évolution jusqu'à cette date favorable de son affection.

OBSERVATION IV

Zélie C..., repasseuse, trente-trois ans, entre à la Salpêtrière le 1^{er} décembre 1909. Elle est alors atteinte, dit son certificat, d'excitation maniaque avec idées délirantes diffuses. Sur ses antécédents héréditaires et sur ses collatéraux nous n'avons pas de renseignements.

En ce qui concerne la malade elle-même, nous apprenons qu'elle a toujours été d'un caractère irritable, intelligente d'ailleurs, elle se préoccupait volontiers de spiritisme et lisait des livres parlant de cette question.

En 1906 elle a suivi une série de séances de spiritisme, et peu après au mois de juillet de la même année, elle a présenté des hallucinations avec évocation de parents morts depuis longtemps.

Elle-même manifeste de la mort une crainte excessive, sa mémoire faiblit, elle présente des idées mystiques ; une nuit elle se réveille en sursaut, prend son mari pour le diable et le frappe violemment à la tête avec une bouteille qu'elle trouve sous sa main. Elle se blessa elle-même, son mari la maîtrisa et le lendemain elle fait une tentative de suicide, on est obligé de la retenir, elle voulait se jeter par la fenêtre.

On l'interne alors à Maison-Blanche et quinze jours après, au commencement d'août, la malade se calme, les hallucinations cessent, elle recommence à s'occuper.

Elle sort de Maison-Blanche guérie le 31 août 1906, après un séjour de cinq semaines environ.

Elle ne présente plus de troubles pendant près de trois ans.

A la fin de 1908 elle devient enceinte et accouche en juillet 1909.

Elle allaite elle-même est très fatiguée par cet allaitement.

Elle sèvre au bout de trois mois et se montre très affectée d'être séparée de son enfant.

Pendant trois semaines elle est fatiguée, triste de plus en plus, puis brusquement le 10 octobre elle a des idées de culpabilité, elle a mal fait, n'a pas rempli ses devoirs, elle a, et surtout la nuit, des hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Elle se lève en entendant appeler, voit des figures dans le ciel, entend la voix de sa mère qui va donner son sang pour elle, et c.

Cet état persistant, on l'amène à la Salpêtrière. Elle s'y montre à nous triste et déprimée. Son mari raconte qu'elle a des crises anxieuses avec des hallucinations terrifiantes, dans l'intervalle elle est déprimée et craintive.

La malade a d'ailleurs conscience de son état.

Durant les premiers jours de son séjour à la Salpêtrière, elle est assez anxieuse et agitée surtout la nuit, elle a des insomnies prolongées, s'agite, s'arrache les cheveux. Mais dès le sixième jour après son entrée, elle se trouve mieux et demande à travailler, elle est plus gaie, mange volontiers, se déclare « heureuse d'être guérie » (*sic*).

2 novembre. — Quelques jours après les insomnies cessent et la malade est mieux encore.

Alors, elle analyse son état.

Elle se souvient d'avoir été malade trois ans auparavant et se rappelle des détails de cette première crise qu'elle ignorait avant la seconde.

Son affection a débuté brusquement : elle voyait dans sa tête (*sic*) des figures avec des yeux énormes, le jour aussi bien que la nuit, un homme noir la menaçait, elle n'avait pas la sensation de son propre corps. Cet état a cessé brusquement et elle s'est retrouvée à Maison-Blanche sans savoir qu'elle y avait été conduite.

Sur sa deuxième crise, ses idées sont moins nettes et elle donne moins de renseignements.

Elle sait seulement que le début en a été lent, qu'elle avait bien des visions, mais en même temps qu'elle avait conscience d'être malade et de « n'être plus bonne à rien ». Puis poursuivant le parallèle entre ces deux crises, elle dit qu'elle eut les deux fois la sensation d'être frottée en tous les points de son corps par quelque chose qui lui provoquait une grande douleur et « j'avais ensuite, dit-elle, l'idée que mon cœur s'en allait ».

Elle raconte ensuite qu'elle eut pendant trois ans, étant enfant, entre neuf et douze ans, des hallucinations et des frayeurs surtout nocturnes.

Enfin elle nous dit être très bien et comme nous lui parlons de ces hallucinations et de ses idées, elle conclut : « Je ne sais pas où j'allais chercher tout cela. »

9 novembre. — Elle sort guérie.

A la fin de novembre, elle vient à la consultation, elle est

moins bien, ne dort pas et craint que ses idées ne la reprennent.

Trois jours après son mari la ramène après une nuit très agitée, pendant laquelle la malade a remué, crié et pleuré.

Nous apprenons que dès la première nuit de son retour, elle a encore eu des peurs et des visions. qu'elle entendait des voix, se sentait tiraillée, et voulait crier sans y parvenir.

Plus tard, au moment de ses règles, elle a eu une vision obsédante, la même que trois ans auparavant. Cette vision s'est dissipée peu après, mais alors la confusion s'est installée progressivement.

La malade ne voulait pas rester chez elle la nuit, elle avait peur, mais n'avait pas de visions et n'entendait pas de voix.

Elle ne se reconnaît pas à la Salpêtrière et répète sans cesse à mi-voix le même mot indistinct.

Quelques jours après, nous la voyons couchée dans son lit, immobile, ne conservant plus comme mouvements que les mouvements de déglutition, les yeux sont fixes, les paupières ne battent qu'incomplètement et à des intervalles très éloignés. Les bras soulevés retombent lourdement sur les couvertures. Cet état se prolonge pendant plusieurs semaines.

17 décembre. — A la visite elle vient déclarer qu'elle est tout à fait bien, qu'elle a la tête plus libre qu'à sa sortie la première fois.

De nouveau elle donne des détails sur sa première crise trois ans auparavant.

Elle entendait des voix en la traitant de fille du diable, etc.

Elle avait des visions de fleurs, d'arbres, de statues, de personnages sans tête ni pieds, de chevaux, etc.

Elle insiste sur la brièveté de cette première crise et sur sa guérison spontanée.

Elle est réglée le 17 décembre et dans un bon état mental.

Au commencement de janvier, le 4, elle retombe dans le mutisme, prend de nouveau l'œil fixe ou demi-clos, le regard égaré, reste dans son lit immobile et crie pendant la nuit. Le 6 janvier ces phénomènes atteignent leur maximum et se prolongent ainsi pendant trois jours.

La phase délirante est suivie de l'apparition des règles et la malade reprend toute sa lucidité.

Elle raconte alors qu'elle n'a point perdu conscience de ce qui se passait autour d'elle, mais qu'elle avait la « mémoire un peu perdue » et voyait passer des ombres.

Quinze jours après, vers la fin de la première semaine de février, elle a de nouveau, vers le soir, au moment de s'endormir, des visions : soit de têtes grimaçantes ou écorchées, soit de têtes des malades du service.

Pendant son travail elle distingue des ronds violets sur son ouvrage et autour d'elle des boules rouges comparables à des oranges.

Une autre fois c'est un appareil génital d'homme complet qu'elle a devant les yeux.

Certains mots aussi revenaient dans sa mémoire et elle les prononçait mentalement par exemple : « Je suis rose en voix. Tu nous a pris notre rose, tu vas mourir » ou bien encore le mot érection dans le sens d'élever un monument, car elle ignore l'autre sens, lui paraît l'indice d'un malheur et

lorsque ce mot vient l'obséder, il est accompagné d'un picotement général sur tout le corps.

Elle entend aussi des voix, on l'injurie, on la menace ou bien encore une voix basse lui chuchote à l'oreille « âme repose en paix ».

Certains mots aussi lui sont écrits dont elle ignore le sens et qu'elle cherche ensuite dans le dictionnaire, par exemple : « clé de voûte ».

Toutes ces auditions sont précédées d'une sensation de froid dans le pavillon de l'oreille.

Ces phénomènes se prolongent pendant trois semaines, jusqu'à la fin de février.

Alors la malade redevient très calme, sa mémoire, aussi bien des faits récents que des faits anciens, est excellente.

Elle formule son opinion sur sa maladie, et qualifie de morbides tous les phénomènes qu'elle a présentés.

Elle n'a aucune tendance à la systématisation.

Les signes physiques font défaut.

6 août — Elle demande sa sortie qui lui est accordée.

Elle est tout à fait bien, beaucoup mieux que la première fois dit-elle, et n'a plus peur de rien, ni des personnes qu'elle peut rencontrer.

Elle nous conte cependant, que peu de temps avant de s'endormir, quelques jours auparavant, elle a vu un cercle blanchâtre qui l'entourait et entendu fredonner par des voix comme un air connu dont elle n'a pas entendu les paroles.

Elle quitte la Salpêtrière et depuis nous ne l'avons point revue, et nous n'en avons pas eu de nouvelles.

Son dossier consulté à la préfecture de police ne nous a point indiqué qu'elle ait été de nouveau internée.

La malade dont nous venons de rapporter ici l'observation nous paraît intéressante par ce fait que dans la production des accidents délirants qu'elle a présentés, l'accouchement et en règle générale l'état puerpéral, ne semblent pas avoir été la cause initiale, ni à plus forte raison la cause unique mais seulement la cause déterminante.

Ainsi apparaît plus encore que dans les deux malades antérieurement rapportées, le rôle d'autres facteurs agissant en même temps que l'accouchement et en particulier d'un facteur qui jouera dans les observations suivantes, ainsi que nous le verrons, un rôle primordial : la prédisposition personnelle.

Le rôle de ce facteur dans les psychoses puerpérales a été longtemps d'opinion courante chez les auteurs. M. le professeur Gilbert Ballet (1) (p. 108) rapporte que Marcé, le plus grand nombre d'aliénistes français et un certain nombre d'aliénistes étrangers, parmi lesquels Kirchhof (2), estimaient la puerpéralité comme la cause occasionnelle d'une psychose chez des prédisposées ; depuis on a donné la première place à l'infection, mais après avoir discuté les deux hypothèses M. le professeur Ballet conclut que la vérité est dans un juste milieu, dans un sage éclectisme. Cette opinion n'est pas seulement celle d'un psychiatre éminent, c'est celle que nous trouvons remarquablement exprimée par un accoucheur (3).

1. Gilbert Ballet, *Psychoses*, etc., p. 101.

2. *Lehrbuch der psychiatrie*. Leipzig und Wien, 1892.

3. Lequeux. *Journal de médecine int.*, 30 septembre 1910.

Dans les cas que nous rapporterons ultérieurement et déjà dans celui qui nous occupe à l'heure actuelle c'est la théorie ancienne de Marcé qui nous paraît la vérité.

L'étude de cette observation nous montrera dans quelles conditions et pour quelles causes.

Voici donc une malade qui a présenté de la confusion mentale aiguë avec du délire hallucinatoire et chez laquelle ces accidents sont survenus trois mois après son accouchement à la suite d'un allaitement très pénible que la fatigue l'obligea à interrompre.

Par ce fait que l'allaitement pénible a déterminé l'apparition des accidents, la malade semble bien se rapprocher de la première malade que nous avons étudiée, M^{me} B..., de plus, ainsi que cette malade, elle a quelque temps après présenté une rechute et si nous admettons la similitude de l'infection et de l'épuisement il nous serait facile à première vue de conclure qu'elles sont semblables.

Mais, si nous les étudions de plus près quelles différences nous remarquons.

Tout d'abord, alors que la suppression de l'allaitement a déterminé la sédation des accidents délirants chez la première malade, c'est après la fin de l'allaitement que le délire est survenu chez celle-ci.

Chez M^{me} B..., les accidents ont été extrêmement courts; d'une durée prolongée au contraire chez Zélie C....

Les deux périodes d'accidents délirants n'ont, chez M^{me} B..., présenté entre eux aucun rapport, il existe

chez notre malade de la Salpêtrière une sorte d'état second durant lequel la malade se rappelle avec une netteté beaucoup plus grande que jamais les phénomènes de ses crises. Enfin la première a un passé absolument indemne au point de vue pathologique, la seconde a présenté antérieurement à son accouchement des accidents analogues à ceux que l'état puerpéral a depuis déterminé chez elle.

En un mot, nous sommes chez l'une (M^{me} B...) en présence de phénomènes aigus accidentels et sans gravité, chez l'autre d'une affection bien caractérisée, d'une véritable **confusion hallucinatoire** (Régis), apparaissant chez cette malade sous des influences diverses et sur le pronostic de laquelle nous sommes beaucoup plus réservés. Sans doute la malade a quitté la Salpêtrière dans un état de guérison apparente et complète, sans doute son dossier que nous avons consulté à la préfecture nous dit qu'elle n'a pas été internée depuis, mais de là à dire qu'elle ne fera plus jamais d'accidents semblables, nous n'oserions pas.

Il est donc vraisemblable que nous nous trouvons en présence d'un de ces cas de confusion mentale aiguë si fréquent, dit M. Régis (1), chez les nouvelles accouchées, cas de confusion mentale survenue chez une prédisposée ayant déjà dans son passé des accidents semblables et dont le pronostic, encore que favorable, nous paraît cependant devoir être réservé.

1. Régis. *Précis de Psychiatrie*, p. 609.

M. Régis, quelques pages plus loin (p. 611), conclut à la curabilité très fréquente des psychoses puerpérales, puis à côté de ces cas très fréquents qui guérissent il en place un certain nombre qui à la suite d'un délire aigu se termineront par la mort.

C'est un de ces cas qu'il nous a été donné d'étudier et de voir évoluer.

Il nous paraît intéressant de le rapporter ici, immédiatement après le cas de Z. Ch..., avec lequel il présente, comme nous pourrons le voir, un assez grand nombre de points de comparaison.

OBSERVATION V

Eugénie M..., ouvrière vingt-trois ans, est amenée à la Salpêtrière le 10 juillet 1909, comme atteinte de : confusion mentale avec stupeur et mysticisme.

D'après les renseignements fournis, personne dans sa famille n'a jamais présenté de troubles mentaux.

Son père n'est pas buveur. Elle a une sœur de vingt-trois ans parfaitement bien portante. Elle-même née à terme a marché à dix-sept mois, n'a jamais eu de convulsions et n'a jamais eu aucune maladie, sauf les oreillons. Elle a été réglée à treize ans. Son caractère est vif, pas de cyclothymie apparente.

Le début des accidents remonte à la fin de juin.

1^{er} juin 1909. — Elle fait la connaissance d'un jeune homme qu'elle voit ensuite régulièrement.

20 juin. — Elle fait une promenade avec lui et c'est depuis

cette date que son caractère s'est modifié, elle a des idées fixes et perd tout goût du travail.

29 juin. — Elle va avec ce jeune homme à un mariage et reste triste toute la journée, elle prétend qu'on s'est moqué d'elle.

Le lendemain ce jeune homme revient encore la chercher, cette fois elle le renvoie.

La nuit suivante elle craint que ce jeune homme ne revienne pas et ne peut dormir.

Le matin elle a peur et demande qu'on ferme le rideaux. Alors elle déclare qu'il « va lui arriver quelque chose », elle demeure durant des heures inerte, les yeux larmoyants, elle parle peu, soigne moins sa toilette, se lave et se peigne avec moins de soin.

7 juillet. — Elle fait une fugue, au lieu de se rendre à son travail elle se promène toute la journée et ne rentre pas.

Retrouvée par le jeune homme, elle est par lui ramenée chez elle *raide comme un bâton (sic)* ?

Le médecin appelé auprès d'elle lui ordonne des gouttes (?) qu'elle refuse de prendre, craignant qu'on ne veuille l'empoisonner. Elle refuse aussi de s'alimenter.

A partir de cette date, Eugénie M... cesse de parler autrement que pour répondre aux questions pressantes qui lui sont posées.

Elle reconnaît les gens qui l'entourent et ne déclare jamais que quelque chose est changé autour d'elle. Elle connaît la saison, le mois, le jour.

Elle s'habille, seule mais se néglige et cesse complètement de se peigner et de se laver, on doit lui rendre ces soins.

Habillée, elle demeure debout immobile et ne cherche pas à se coucher.

Durant vingt-quatre heures elle garde dans ses doigts crispés un ruban.

Elle cesse d'uriner pendant deux jours. Au bout de ce temps elle dit à sa mère : « J'ai peur..., j'ai peur » et urine sous elle.

8 juillet. — Elle cesse de s'habiller et son mutisme devient complet.

On la conduit deux jours après à la Salpêtrière.

Petite, très maigre, elle se présente les yeux grands ouverts, la bouche à demi ouverte, son visage et toute son attitude expriment l'apathie et un peu de crainte. Aux questions qu'on lui pose elle ne répond pas, il est impossible d'obtenir d'elle un mot.

Elle ne peut se conduire elle-même, elle s'assied et se lève sur l'ordre qu'on lui donne, puis reste immobile.

Un bruit se produit-il dans le voisinage, elle regarde autour d'elle avec crainte.

On l'alimente et elle absorbe avec docilité les aliments liquides qu'on lui fait ingérer par cuillerées.

Aux nombreuses questions qu'on lui pose, elle ne répond qu'une seule fois par un monosyllabe, cependant à la plupart des questions on la voit ébaucher un mouvement des lèvres comme si elle voulait parler.

L'auscultation est impossible faute de respiration volontaire.

Durant les jours qui suivent, elle semble un peu moins craintive.

13 juillet. — Après beaucoup d'hésitations elle dit à l'interne : « Bonjour monsieur. »

D'après les renseignements de la surveillante, toute la journée elle reste assise à l'endroit qu'on lui a indiqué les mains croisées et ne fait aucun mouvement.

La fait-on lever, elle demeure figée sur place, les yeux fixes.

Lui commande-t-on de marcher, elle fait deux ou trois pas d'une allure automatique et s'arrête bientôt.

Cet état sans modification aucune se prolonge durant les mois d'août et de septembre.

A peine répond-elle aux questions qui lui sont posées, elle ne s'occupe de rien, ne s'intéresse à rien, demeure inerte assise dans un coin, l'air hébété, durant des journées entières.

Au commencement du mois d'octobre 1909, à la suite d'un séjour au lit accompagné d'alimentation exclusivement lactée, puis d'une alimentation normale progressivement augmentée, en même temps que des piqûres de strychnine, elle semble se réveiller un peu et répond par des phrases sensées aux questions qu'on lui pose.

Cependant on remarque une certaine longueur du temps de réaction à la réponse parlée en même temps qu'une certaine lenteur dans l'exécution de l'acte commandé.

Elle conserve toujours un regard étonné.

Elle se promène dans la cour, elle travaille.

Elle reçoit assez mal ses parents, refuse de répondre à leurs questions. Cependant son état va en s'améliorant de manière progressive.

Aux visites de ses parents, elle se montre plus aimable, demande spontanément des nouvelles des membres de sa famille.

Elle travaille régulièrement.

Interrogée au commencement de décembre sur son état,

elle répond que pendant son accès elle n'a pas eu d'idées spéciales, ni peur, ni inquiétudes, mais qu'elle était inerte.

Elle a remarqué tout ce qui se passait autour d'elle pendant ce temps.

Elle quitte le service le 3 décembre 1910 améliorée, mais encore un peu apathique.

Elle revient à la consultation le 13 mai. Elle est très bien, méconnaissable.

Elle se plaint seulement de migraines, qu'elle avait d'ailleurs avant d'être malade, mais qui ont augmenté et sont maintenant journalières, revenant le matin et passant dans la journée. La nuit quelques cauchemars.

Elle a tout à fait changé de caractère, elle est plus gaie qu'avant sa maladie.

À la fin de juin 1910, elle vient voir la surveillante, elle est très gaie, à la veille de se marier, mais la surveillante la trouve exagérément loquace et bavarde.

Elle devient enceinte et durant sa grossesse va se faire soigner à la Maternité de Saint-Louis pour une double.

Elle accouche en mars 1910, son accouchement est normal, sans forceps, après un travail extrêmement rapide. La malade le supporte bien, pas d'albumine, pas de fièvre durant les trois premiers jours.

Le quatrième jour après l'accouchement, la température monte à 39° 4, et des phénomènes délirants s'étendent. Elle s'agite dans son lit, ne reconnaît plus personne, a un délire mystique et chante des cantiques de son invention.

Pendant les jours qui suivent, la température reste élevée; on dirait une septicémie généralisée et on tente sur elle des

abcès de fixation qui n'amènent qu'une suppuration abondante sans aucune modification de l'état de la malade. La température reste élevée, le délire ne se modifie pas ; la malade a une eschare sacrée.

Cependant au bout d'une quinzaine de jours la température baisse et se maintient peu au-dessus de la moyenne, mais les phénomènes délirants ne se modifient pas ; elle est transportée à Sainte-Anne trois semaines après son accouchement. Elle y meurt quinze jours après sans que nous ayons pu obtenir à ce sujet de renseignements plus précis.

Sinon par les manifestations extérieures de sa psychose, du moins par la manière dont les accidents ont apparu, on peut rapprocher cette malade de la précédente.

De même que chez Zélie Ch..., les phénomènes survenus au moment de l'accouchement ont été précédés, plusieurs mois auparavant, de troubles psychiques très accusés, et là encore il est impossible de nier le rôle qu'a joué dans la production des accidents le facteur de la prédisposition personnelle.

Les accidents présentés par les deux malades diffèrent : chez Zélie Ch..., nous étions manifestement en présence d'une confusion mentale aiguë, avec délire hallucinatoire chez Eugénie M..., la confusion mentale a bien existé lors de la deuxième crise, celle qui emporta la malade. Mais tout autant que les hallucinations elle semble bien avoir fait défaut au cours des premiers accidents.

A première vue nous aurions été tentés de considérer cette malade comme ayant traversé une période de dépression, de folie à double forme, ainsi que les aliénistes qui ont été appelés à rédiger des certificats sur elle.

L'absence de délire, l'absence d'hallucinations, la dépression psychique dominante, l'évolution heureuse, plaident en faveur de ce diagnostic. Mais tout le monde sait que l'évolution avec ses périodes bien tranchées de manie et de mélancolie par intervalles doit seule amener la certitude, or cette évolution nous a manqué et les accidents mentaux qui ont précédé la mort ressemblaient à ceux de la confusion ou de la démence précoce.

Faudrait-il donc admettre que cette malade ayant commencé par des accidents de folie à double forme ait évolué en démence précoce, ces cas sont rares et nous ne connaissons que l'observation rapportée par MM. Séglas et Collin.

Faut-il admettre que ces accidents mal caractérisés aient été une première atteinte de démence précoce dont les accidents puerpéraux auraient hâté l'évolution.

Quoi qu'il en soit dans l'impossibilité où nous sommes de conclure sans discussion possible, nous nous bornerons à admettre que cette malade avait un terrain spécialement prédisposé et nous relèverons une fois de plus chez ces prédisposées l'influence néfaste de la puerpéralité avec le cortège d'accidents et d'incidents qu'elle entraîne. Mais quelle est la cause

de ce délire ? Une infection, c'est la première idée qui puisse venir. L'accouchement a été normal, n'a pas été suivi de température et l'absence d'albumine dans les urines fait éliminer l'origine éclamptique ; mais l'élévation brusque de la température, sa persistance, la tentative qu'on fait de pratiquer des abcès de fixation indiquent qu'on a craint une septicémie généralisée, et nous serions alors en présence d'un simple cas de psychose d'origine infectieuse, tel que ceux étudiés au début de ce travail.

Dans notre idée cependant le fait nous paraît plus complexe, délire infectieux sans aucun doute, mais délire infectieux chez une prédisposée, et ainsi se trouvent réunis dans une même malade les deux causes de la psychose puerpérale : infection et prédisposition.

Il y a quelques pages à peine nous citons M. le professeur Ballet. *La vérité est dans un sage éclectisme*, disait cet auteur, il nous semble que sur cette opinion dans le cas actuel le doute ne peut être permis.

Nous allons maintenant aborder l'étude d'un certain nombre de malades dont les accidents délirants survenus au cours de phénomènes puerpéraux, ont présenté non plus une évolution aiguë comme les premières, ou comme les deux dernières une évolution douteuse, mais une évolution chronique.

Certaines d'entre elles sont encore actuellement de date relativement récente, cependant toutes ont plusieurs mois déjà de présence dans le service de

la Salpêtrière sans que leur état se soit modifié de manière favorable, bien au contraire et l'allure générale de leur maladie les rapproche de plus en plus chaque jour des autres malades, de celles qui ont des années de séjour dans le service. L'une d'elles ayant même jusqu'à vingt-trois ans de démence, une autre étant morte au bout de quelques mois d'accidents démentiels:

Ces cas chroniques constituent la majeure partie des observations que nous avons recueillies au cours de ce travail dans le service auquel nous étions attachés.

Étudions tout d'abord les cas de date ancienne, nous verrons ensuite dans quelles proportions les cas plus récents nous semblent pouvoir en être rapprochés.

OBSERVATION VI

M^{me} D..., âgée de trente et un ans, a été soignée en 1904 par M. Séglas, pour des phénomènes démentiels d'allure catatonique survenus à la suite d'un accouchement.

Cette dame n'ayant rien d'anormal à notre connaissance ni dans ses antécédents héréditaires ni dans ses antécédents personnels, accouche une première fois en septembre 1902, elle allaite pendant trois semaines puis doit cesser ayant perdu subitement son lait.

Six semaines environ après l'accouchement, elle est prise subitement d'un délire hallucinatoire. Elle voit des bêtes dans

chambre, un trou près de son lit, elle tient des propos incohérents, voit des vers dans ses aliments et refuse de manger.

La nuit elle a des insomnies et des cauchemars zoopsiques.

Dans le jour elle accuse une désorientation complète et a des illusions de fausse reconnaissance continuellement.

Pendant quinze jours elle a de la raideur musculaire.

Au bout de trois mois la malade tombe dans la dépression et le mutisme, elle reste au lit et ne parle plus, elle rompt parfois son silence pour crier : « Au voleur. »

Vers le mois de mars elle s'améliore et recommence son existence habituelle.

Une fausse couche (?) qu'elle fait en avril ne modifie pas son état.

Toutefois la malade reste craintive, paraissant toujours craindre ce qu'on veut lui faire, a des attitudes cataleptiques, s'immobilise au milieu d'un mouvement, elle est en état de demi-stupeur avec confusion des idées et mange volontiers en décomposant les mouvements.

Elle continue à mener cependant son existence habituelle, quand, au mois d'octobre 1903, elle devient enceinte.

Elle semble manifester peu de satisfaction de cet état.

Peu après, au mois de novembre, elle a des crises d'agitation avec délire hallucinatoire, mutisme, qui n'est interrompu que par de l'écholalie.

Elle n'a pas de désorientation et reconnaît ceux qui l'entourent.

Elle présente un facies égaré, terrifié, avec l'œil fixe, des raideurs catatoniques généralisées, des attitudes cataleptiques spontanées ou provoquées.

Exagération des réflexes tendineux, sa sensibilité est émoussée, elle a du dermatisme.

Au mois de décembre tous ces phénomènes s'atténuent d'une manière très sensible, et jusqu'au mois de mai elle demeure dans l'état suivant : demi-stupeur avec confusion des idées.

Elle montre un peu plus de spontanéité, fait parfois d'elle-même une réponse, mais toujours brève et à voix basse et après un pénible effort.

Tout ce qu'elle fait est d'une extrême lenteur, elle marche à tout petits pas, et ses repas durent deux heures.

Désorientée devant tout fait nouveau, elle commet parfois spontanément des actes absurdes, et se demande ensuite pourquoi elle les a commis.

Elle prend des poses bizarres, s'immobilise au milieu d'un mouvement.

Elle se sait enceinte et sourit quand on lui parle de sa grossesse.

Peu bavarde elle cause quelquefois, mais en hâte, et puis se tait.

Par instants elle semble absorbée.

« J'ai, dit-elle, un grand nombre d'idées dans la tête, mais je ne sais plus comment m'y reconnaître. »

Elle n'a plus de raideurs musculaires.

Elle accouche au huitième mois de sa grossesse au mois de mai 1904.

Cet accouchement est tout à fait normal non suivi de fièvre, ni d'albuminurie.

Deux jours après subitement, la malade présente un faciès égaré et terrifié, elle a peur qu'on ne vienne la tuer, elle prononce des propos incohérents.

Indifférente à tout ce qui l'entoure et à son enfant en particulier elle présente du négativisme, de la raideur musculaire et de la catalepsie, en même temps que de l'exagération des réflexes.

La nuit elle ne dort pas et ses insomnies se prolongent pendant des heures.

Cet état, d'ailleurs, ne s'améliore pas durant les jours qui suivent, la malade est dans un état de stupeur absolument complète.

Ses nuits sont sans sommeil, on ne parvient à lui faire prendre quelque repos qu'au moyen de doses répétées d'un stupéfiant quelconque.

Sa température reste normale.

Il n'y a pas d'albumine dans ses urines et cependant son facies est bouffi, luisant, elle n'urine qu'à la sonde ; elle a de la raideur musculaire et gémit continuellement.

Son état s'améliore toutefois pendant le mois de juin, et au mois de juillet elle peut faire une saison thermale.

Au mois de septembre, elle retombe dans une indifférence absolue et dans le mutisme.

Son facies est indifférent, sans expression, elle présente du Schnauskrampf, de la cyalorrhée, de l'écume aux lèvres, du tremblement des extrémités.

Elle gâterait si on ne la forçait d'aller à la selle.

Elle refuse les aliments et les conserve dans sa bouche quand on la force à manger, pour les cracher ensuite.

Elle n'a ni raideur musculaire, ni attitude cataleptique.

Cet état ne se modifie pas jusqu'à la fin du mois de janvier.

A cette date la malade refuse subitement de manger et l'on est obligé de pratiquer le gavage.

Elle accepte ce gavage avec une passivité toujours la même et exigeance dans la forme du gavage qui doit être fait en quelque sorte suivant un rite, bien plus ce gavage provoque chez elle quelques paroles, telles que « je vais bien dormir, j'avais sommeil, etc. », alors qu'elle restait depuis plusieurs jours complètement silencieuse.

En dehors de ces quelques manifestations extérieures la malade est complètement indifférente et même hostile, couchée dans son lit en chien de fusil sur le côté gauche, la tête enfouie sous les couvertures, elle ne parle, ni ne répond aux questions qu'on lui pose, il suffit de la solliciter d'une manière quelconque pour mettre en évidence le négativisme très net.

Dès qu'on la touche elle se raidit instantanément. Inerte, elle demeure dans son lit ; la bouche ouverte laissant s'écouler un mince jet de salive. Du nez s'écoule également un liquide jaune verdâtre.

De la campagne on la ramène alors à Paris, à ce retour elle fait une certaine résistance et aussitôt arrivée reprend dans sa chambre et dans son lit à Paris la même attitude qu'elle avait à la campagne.

Elle accepte volontiers le gavage, mais chaque geste qui l'accompagne doit être accompli à chaque expérience suivant les mêmes rites, c'est ainsi qu'on doit la revêtir des mêmes vêtements, l'asseoir sur le même siège ; faire usage d'une sonde identique et la gaver par la narine droite. Durant le gavage elle répète sans cesse : « toujours la même chose, toujours la même chose ».

Le gavage terminé on la recouche, elle reprend sa position, toujours la même, couchée en chien de fusil sur le côté gauche, la tête enfouie dans ses couvertures, elle ferme les yeux,

paraissant indifférente à tout ce qui l'entoure et résistant à toute sollicitation.

Pendant tout le mois de février cet état persiste sans modifications.

La malade ne sort pas de sa torpeur, même lorsqu'un fait étranger vient la troubler, elle se soulève alors dans son lit en gémissant et regarde d'un oeil hagard. Elle parle toujours, répétant dix et douze fois les mêmes paroles, et fait précéder chaque essai de conversation d'un mouvement des lèvres comme si elle cherchait à s'entraîner à la parole.

Après le gavage elle demande à être aussitôt recouchée.

Son état physique est satisfaisant, les gavages et les lavements nutritifs l'ont fait engraisser un peu.

Pendant le mois de mars son état tend à s'améliorer.

Elle reprend un peu conscience de ce qui se passe autour d'elle, s'assied sur son lit quand on vient pour la gaver. A force de répéter les instructions qu'on lui donne avec une extrême douceur, elle finit par exécuter un certain nombre d'actes commandés : se lève et s'habille elle-même au moment de son gavage puis se couche toute seule. Elle répond à peu près aux questions de plus en plus complexes qu'on lui pose et dit ainsi son âge, l'endroit où elle se trouve, etc., etc.

Ses souvenirs diminuent, moins nets à partir de sa deuxième grossesse : elle est dans l'ignorance de tout ce qui concerne son enfant.

Elle reconnaît les objets qu'on lui présente et se livre à un certain nombre d'efforts pour écrire, calculer, etc., ses réponses très lentes sont entremêlées de : « Il paraît, je crois, etc. » Cette hésitation se manifeste aussi dans les actes

extérieurs de sa vie, elle marche à petits pas, traînant les pieds, les bras écartés, la tête oscillant, les yeux inquiets, la bouche ouverte et les lèvres proéminentes.

Durant le mois d'avril l'état de la malade se modifie peu, elle conserve la même aversion pour chaque acte nouveau et c'est à grand'peine qu'on peut élargir le champ de sa promenade dans l'intérieur de sa chambre, qu'elle refuse absolument de quitter.

On parvient à l'alimenter quelque peu avec des liquides.

Plus sociable, elle s'intéresse davantage aux faits et gestes de son entourage, n'a de défense que si en la touchant on la brusque, et paraît plus affectueuse. Son état demeure stationnaire jusqu'au mois de septembre.

A cette date elle retombe dans le mutisme absolu, la stupeur et présente de nouveau du Schnauskrampf.

Dès le commencement du mois de novembre, elle commence à gâter dans son lit ; mise sur sa chaise elle refuse et souille son lit dès qu'on l'y recouche, d'ailleurs elle-même manifeste le désir de gâter dans son lit. Quand on la met sur la chaise elle dit : « Non, non, dans mon lit. »

Elle continue de manger à la sonde et en plus un potage sans le secours de cet instrument.

On lui parle et elle répond d'un ton enfantin des choses incohérentes.

Elle rit sans motif.

On la lève, elle se laisse tomber, il faut la forcer et la bousculer pour lui faire d'elle-même gagner sa chaise longue.

Elle éprouve un plaisir extrême à gâter dans son lit et l'exprime sans ambages.

Et depuis lors son état ne se modifie plus. Au milieu et

février son état mental ne s'est aucunement modifié, son état physique s'altère.

Elle présente un œdème catatonique des deux jambes.

Des éruptions purpuriques et pemphigoïdes sur toute la surface du corps.

Des eschares de décubitus acutis apparaissent sur tous les points où il y a pression : fesses, tête du péroné, chevilles, talons, eschares de décubitus accompagnées d'un décollement énorme.

La malade succombe dans la cachexie à la fin du mois de février 1906.

Cette observation qui provient de la clientèle de ville de M. Séglas a été antérieurement publiée en partie dans les *Archives de Neurologie* de mars 1906 par M. Barbé (1) au point de vue du repas d'alimentation opposé par cette malade. M. Séglas a bien voulu nous confier ses notes personnelles suivant lesquelles nous l'avons rédigée de nouveau, nous attachant surtout à suivre l'évolution de l'affection.

De même que la malade précédente, Eugénie M..., M^{me} D... a succombé au cours de son affection ; mais alors que les accidents qui ont emporté Eugénie M... étaient d'un caractère infectieux et d'allure aiguë, M^{me} D... a succombé à la cachexie au cours d'une affection d'allure chronique et que les phéno-

1. *Archives de Neurologie*, mars 1906. « Sur un cas de refus d'alimentation dans une démente catatonique ».

mènes qu'elle a présentés caractérisent nettement comme une « démence précoce ».

Dans ce cas, en effet, on ne peut vraiment incriminer l'infection comme cause initiale des accidents puerpéraux car il ne semble pas y avoir le moindre phénomène infectieux du début ; tout au plus, peut-on croire en présence du début qu'on est affaire à une psychose d'épuisement relevant d'un allaitement prolongé trois semaines et cessé depuis trois autres semaines ; du reste, s'il y eut au début psychose d'épuisement il semble bien que les accidents aient été prolongés outre mesure, plus de six mois, puisque la malade ayant accouché en septembre c'est au mois de mai seulement que s'est manifestée une légère amélioration, encore celle-ci était-elle relative puisque l'observation nous apprend que la malade est demeurée ensuite dans un état de dépression assez accentué bien qu'elle ait recommencé à mener son existence normale.

Par contre, l'influence de la grossesse elle-même sur l'évolution de l'affection ne semble pas douteuse puisque la malade aussitôt enceinte a vu son état s'aggraver et qu'à partir de ce moment on n'a plus noté chez elle d'amélioration notable et de quelque durée.

Ce qui donc nous semble être l'explication la plus plausible, c'est que chez une malade prédisposée, l'accouchement suivi de l'allaitement d'abord, puis la grossesse répétée survenant au cours de phénomènes de dépression bien caractérisés, a été le point

de départ d'une psychose véritable à caractères de démence précoce.

Contre la prédisposition on pourrait, à coup sûr, objecter que la malade en question n'aurait jamais auparavant présenté le moindre accident et que dans son hérédité on ne trouve personne ayant présenté des accidents démentiels ?

Ceci ne nous paraît pas une raison suffisante. L'accouchement a été la première cause des accidents parce que auparavant d'autres causes ne s'étaient pas produites ; et l'on sait que la grossesse modifie d'une manière assez considérable l'organisme pour qu'indépendamment de toute cause antérieure elle puisse chez une femme provoquer des troubles de toutes sortes, nous avons bien vu dans une précédente observation une malade qui présentait des troubles mentaux notamment améliorée par une grossesse ; pourquoi ne point admettre que le contraire puisse se produire même indépendamment de toute cause infectieuse ?

Par quel mécanisme, nous avons dit que nous l'étudierons à la fin de ce travail.

Quoi qu'il en soit, M^{me} D..., femme parfaitement saine jusqu'alors, présente à la suite d'un accouchement, des phénomènes délirants avec troubles hallucinatoires et désorientation, elle se rétablit au bout de huit mois d'une manière relative, une deuxième grossesse survenant, la malade tombe dans une démence précoce à type catatonique, elle succombe de cachexie au cours de l'évolution de cette démence.

Peut-on nier l'influence de la deuxième grossesse sur l'évolution de sa psychose, nous ne le croyons pas. Quoi qu'il en soit, il nous a paru intéressant de la mettre dans ce travail à la suite d'Eugénie M..., à laquelle le caractère chronique de l'affection la fait opposer si la terminaison fatale les rapproche.

Nous venons d'étudier une malade chez laquelle les phénomènes démentiels ont été brusquement interrompus dans leur évolution par la mort ; voici une autre malade chez laquelle la démence précoce évolue depuis vingt-cinq ans.

OBSERVATION VII

Élisabeth E..., est entrée à la Salpêtrière le 2 décembre 1899, à l'âge de vingt-sept ans.

D'après les renseignements fournis par son mari, cette femme n'a rien présenté dans ses antécédents héréditaires. Son père et sa mère sont bien portants. Sur les autres membres de sa famille il n'y a pas de renseignements, mais il ne semble pas que personne ait jamais présenté de troubles mentaux de quelque nature.

La malade elle-même n'a jamais rien présenté auparavant. Elle était d'un caractère agréable et plutôt gai.

Elle s'est mariée en 1885, et dans la première année de son mariage n'a présenté aucun trouble.

En 1886, elle accouche d'un enfant qui meurt peu après ce premier accouchement, qui se passe bien, n'entraîne aucun trouble mental.

En 1888, elle accouche une deuxième fois, c'est à la suite de cet accouchement fort pénible, au forceps, qu'est survenu l'état de mélancolie auquel ont succédé sans interruption les troubles actuels.

La malade a accouché en décembre 1888 et peu de jours après son accouchement, le mari ne peut préciser exactement combien, elle tombe dans un état de tristesse accentuée avec des idées de suicide.

On l'interne alors à Charenton où elle demeure quatre mois.

Durant ce séjour elle est complètement inactive, elle reste couchée toute la journée, refuse de s'habiller et déchire les vêtements qu'on lui met.

Elle sort de Charenton au bout de quatre mois, dans quel état nous ne pouvons préciser, les renseignements manquent à cet égard, et nous n'avons pu, la malade étant peu visitée, en obtenir de nouveaux.

Toutefois, si les phénomènes d'excitation présentés par la malade lors de son séjour à Charenton ont disparu, il semble bien que l'état de tristesse ait persisté dans l'intervalle.

Quoi qu'il en soit le 2 décembre 1889 la malade est amenée à la Salpêtrière dans un état de dépression profonde, presque de stupeur, totalement inerte, refusant de parler et de manger.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, à la suite d'une visite que lui font ses parents, elle a une crise d'excitation, crie, se tord sur son lit et cherche à s'étrangler.

Au mois d'avril de la même année l'excitation ne s'est pas reproduite, la malade est dans un état de stupeur, ne parle pas ou répond à peine aux questions par des monosyllabes :

« oui ou non », elle ne s'intéresse à rien, perd ses matières sous elle.

Cependant elle consent à manger sans qu'on la force.

Mai 1890. — L'état n'a pas changé, la malade répond seulement quelques mots de plus.

En juin, elle a souvent des crises de larmes, pleure toute la journée sans raison et rit d'ailleurs de même.

Durant les mois qui suivent pas de modifications.

Durant le mois de septembre de la même année son état commence à changer, elle s'agite davantage. Un jour elle marche indéfiniment dans la cour en faisant le salut militaire. Un autre jour elle va se mouiller sous la fontaine.

A la fin du même mois elle devient méchante, cherche à frapper les gens qui l'approchent et donne des coups de pied quand on ne la surveille pas.

En octobre, dans un accès d'agitation, elle brise un carreau d'un coup de tête et se fait de petites blessures.

A la même époque elle commence à chanter pendant des heures entières sans s'interrompre.

Et depuis onze ans son état ne s'est pas modifié.

Elle n'est jamais sortie. Elle n'a jamais eu de rémissions.

Elle a évolué graduellement, présentant parfois à de rares intervalles de plus en plus rares d'année en année, les mêmes phénomènes, les mêmes courtes périodes de rémission qu'au début.

Le cahier journalier que nous avons consulté à son sujet montre cette évolution avec une régularité absolue.

Parfois la malade pleure sans raison pendant des heures entières, puis subitement s'interrompt et rit aux éclats.

On la lève, on la nettoie, on l'habille.

Elle déchire ses vêtements, elle est toujours en loques.

On la conduit aux repas, on la fait manger, et si elle a l'occasion de saisir quelque objet de vaisselle ou de verrerie c'est pour le jeter en l'air aussitôt.

Elle passe sa journée entière assise attachée sur sa chaise.

Le soir venu on la couche, et la malade gâte dans son lit comme elle gâtait d'ailleurs dans ses vêtements au cours de la journée.

Si par hasard on l'a détachée dans la journée, elle s'est aussitôt livrée aux pires fantaisies; par exemple elle va se placer sous la fontaine, ou se roule à terre n'importe où.

De temps à autre elle présente des phénomènes de grande excitation durant lesquels elle frappe le personnel.

Elle ne fait absolument rien et débite des monologues incohérents. Très rarement visitée, elle fait parfois fête aux gens qui viennent la voir. Dans d'autres cas elle les reçoit mal, les injurie et cherche à les frapper.

Durant les mois que nous avons passés à la Salpêtrière dans le service de M. le Dr Séglas, il nous a été donné maintes fois d'examiner cette malade sans que rien ait jamais paru modifier dans son état.

Rapportons une de nos observations parmi plusieurs autres.

Elisabeth E... est assise dans son lit, on vient de la coucher après une journée passée comme les autres assise attachée sur sa chaise percée. Elle a les cheveux courts qu'elle s'arrache continuellement, l'œil est vif.

— Comment allez-vous ?

— Ça va bien ; et vous ?

— Il fait chaud. Êtes-vous fatiguée ?

— Vous êtes-vous levée? (Elle a passé la journée entière sur sa chaise.)

— J'ai été à Paris et puis à Châlons-sur-Marne, où il y a des soldats, connaissez-vous le général Boulenger et M. Martin.

— Êtes-vous visitée?

— J'ai vu M. un tel. Elle prend un air recueilli, pensif, appuie sa tête sur sa main dans un air de méditation.

— Vous occupez-vous?

— Je travaille beaucoup. (Depuis onze ans elle n'a rien fait.)

— Il fait chaud, il y a des choses, des choses.

Nous recherchons ses signes physiques et nous voyons qu'elle présente du dermatographe, de l'exagération des réflexes rotuliens avec une sensibilité tactile diminuée.

Une autre fois elle est assise sur sa chaise et nous appelle par de grands gestes, rieuse, elle chante une chanson sans suite. Saisit un pan de notre blouse et cherche à nous attirer vers elle. Quand nous partons elle cherche à nous retenir, nous envoie des baisers et rit aux éclats.

Nous pourrions rapporter 20 observations analogues de visites journalières.

Vingt-trois ans de séjour dans une asile sans avoir jamais présenté d'amélioration appréciable. Une année environ de tristesse avec des impulsions au suicide, du négativisme et des périodes d'excitation par intervalles, puis l'installation du délire définitif avec les propos incohérents, les gestes violents et absurdes vingt fois répétés, le rire et les pleurs sans

raison, les chansons jusqu'à perte d'haleine, le refus d'aliments, le gâtisme, telle a été l'existence de cette malade depuis son deuxième accouchement.

Devant la marche progressive et d'un pronostic sans cesse aggravé qu'a présentée la psychose de cette malade il est difficile de ne point conclure qu'on se trouve chez elle en présence d'une démence précoce à forme hébéphrénique, à évolution essentiellement chronique et dont il est improbable que la malade puisse jamais sortir.

Étudions quel peut avoir été le rôle de l'accouchement dans la production de ces accidents démentiels.

Faudra-t-il incriminer le rôle de l'infection. A coup sûr dans ce cas on peut répondre non. Car d'infection il n'en est point de signalée dans l'étiologie des accidents présentés par cette malade. Tout au plus pourrait-on incriminer l'accouchement difficile au forceps agissant comme agent d'épuisement, mais vraiment on ne voit pas beaucoup dans ce cas un épuisement déterminer vingt-trois ans d'état démentiel alors que précisément le caractère des psychoses par infections, dont nous avons rapproché les psychoses d'épuisement, est précisément leur extrême curabilité sur laquelle les auteurs n'ont cessé d'insister. M. Régis proclamant même ces psychoses curables 75 fois sur 100.

A notre avis, il faudrait dans ce cas encore, comme dans le précédent, admettre le rôle d'un autre facteur : la prédisposition.

Au reste, si nous examinons simultanément les deux malades dont nous venons de rapporter les observations nous pourrions voir qu'encore que différentes, elles ont entre elles certains points de rapprochement.

Même passé et même hérédité dépouillés de toute tare psychique, épuisement chez l'une et chez l'autre, allaitement chez M^{me} D..., accouchement au forceps chez Élisabeth E..., épuisement qui a pu masquer de son étiquette la véritable nature de la psychose, période de tristesse qui dure une année environ chez l'une comme chez l'autre, et ensuite apparition des accidents délirants.

A partir de ce moment les deux malades diffèrent dans la forme de leur démence, l'une M^{me} D... est une démence catatonique nette, l'autre Élisabeth E... se rapproche plutôt des hébéphréniques, mais qu'importe la forme, la chose qui importe vraiment c'est le caractère démentiel et l'allure chronique de l'affection dont elles sont atteintes.

Ce qui importe surtout c'est qu'en dehors de toute infection l'accouchement ait déterminé, dans ce nouveau cas, encore l'apparition d'une psychose et d'une psychose d'allure chronique.

Ces deux cas ne sont pas les seuls que nous ayons pu recueillir. Un certain nombre d'autres cas plus ou moins semblables à ceux-ci et recueillis à la Salpêtrière trouveront place dans ce travail.

Nous allons maintenant rapporter l'observation d'une malade chez laquelle les accidents sont survenus

de manière tardive, puisque mère de cinq enfants c'est seulement à sa sixième grossesse que les accidents démentiels sont apparus.

OBSERVATION VIII

Rose L..., sans profession, entre à la Salpêtrière le 7 octobre 1903 à l'âge de quarante-deux ans, elle vient de l'asile de Vaucluse où elle a été internée en 1896 pour des troubles mentaux consécutifs à un accouchement. Nous apprenons que cette malade qui n'a jamais présenté de troubles mentaux dans ses antécédents héréditaires ou personnels, qui n'a aucun collatéral atteint de phénomènes démentiels est mère de six enfants, et que ses cinq premiers accouchements se sont passés d'une manière normale sans être suivis d'aucun accident délirant.

Elle a accouché pour la sixième fois au mois de décembre 1895, et c'est au huitième mois de l'allaitement consécutif que les accidents ont commencé.

En effet, au mois de septembre 1896 elle se réveille brusquement une nuit, prétendant qu'il y a un homme dans sa chambre caché sous son lit et qu'elle entend sa voix. Cet homme lui veut du mal, et son mari aussi veut la tuer.

Durant les jours qui suivirent, son état ne s'améliora pas, elle est en butte aux persécutions d'hommes noirs qui veulent la tuer, elle entend autour d'elle des voix qui la menacent, on l'accuse d'avoir tué son nourrisson. À cela succède une phase de dépression avec des accès d'agitation pendant lesquels elle terrorise ses enfants, on doit la con-

duire à Sainte-Anne d'où on la transfère à Vaucluse quelques jours après.

Son état alors ne s'est pas modifié, elle s'isole, demeure pendant des heures inactive, s'isolant dans les coins sans raison ; elle entend des voix qui tantôt l'insultent, tantôt lui tiennent des propos qui la font rire.

Son état ne s'est guère modifié depuis.

Au mois de mars 1901, sa sœur qui la trouvait mieux a demandé sa sortie qu'on n'a pu lui accorder, la malade étant alors dans une période d'intensité délirante très intense, refusant de répondre aux questions posées. Comme alors on lui parlait de sa sœur, elle a répondu que celle-ci n'était pas sa sœur, qu'elle était fille unique.

En dehors de ces réponses elle était depuis plusieurs mois dans un mutisme presque absolu et incapable d'un acte raisonné.

Transférée alors d'asile en asile pendant douze ans, elle est venue en 1903 à la Salpêtrière.

Pendant les deux premières années de son séjour à la Salpêtrière, elle s'est bien comportée, elle a travaillé régulièrement la première année, toujours silencieuse, parlant peu ; elle répondait cependant de manière assez raisonnable aux questions qu'on lui posait. Mais elle n'a cependant pas cessé d'être en proie à des hallucinations auditives.

Pendant la deuxième année de son séjour, la malade a encore été assez calme et a travaillé régulièrement sauf durant deux semaines au mois de mars, pendant lesquelles elle présente une période d'excitation assez marquée. Elle demeure encore assez calme durant les quatre premiers mois de l'année 1906, mais à la fin du mois de mai elle com-

mence une période de délire avec mutisme presque absolu, hallucinations, et demeure ainsi incapable de tout travail jusqu'au mois de décembre.

Amélioration alors pendant trois mois, puis reprise des accidents délirants qui de plus en plus se rapprochent.

Intervalle de calme et de lucidité pendant la deuxième quinzaine du mois de juin.

Puis de nouveau reprise des accidents, jusqu'au commencement d'août, ils cessent alors et la malade recommence à s'occuper quelque peu, à parler davantage et avec moins d'incohérence.

A la fin du mois de novembre elle recommence à délirer, et délire ainsi jusqu'au 21 décembre. Elle a alors pendant la dernière semaine de l'année 1907 une courte rémission pendant laquelle elle reparait à l'atelier et s'occupe.

Ces huit jours de lucidité relative sont les derniers.

Depuis la malade ne s'est plus occupée de rien, n'a plus de goût à rien. Elle n'a cessé de délirer.

Détail intéressant à signaler : durant ces quatre premières années où la malade a été internée à la Salpêtrière chaque crise qu'elle a présentée était précédée du même geste. La malade qui travaillait à l'atelier avait à sa disposition du fil et des aiguilles, raccourcissait sa robe par le bas au commencement de chaque crise, d'un pli qui devenait de jour en jour un peu plus accentué.

Cette stéréotypie a disparu depuis que la malade ne sort plus de son délire.

Sa vie à l'asile est assez uniforme. Le matin elle se lève, fait son lit, s'habille seule, elle descend pour le premier déjeuner puis commence dans la cour une promenade continuelle.

Toute la journée elle marche ainsi de long en large, s'arrêtant par intervalles et demeurant immobile n'importe où, même en plein soleil.

Elle porte toujours à la main un petit panier dont elle ne consent jamais à se séparer.

L'expression de sa physionomie est hautaine et dédaigneuse avec un air de commandement et de souverain mépris pour ceux qui l'entourent.

Désagréable avec les autres malades, elle ne sort de son mutisme que pour les injurier. Par intervalles elle a des périodes d'excitation. Celles-ci ne sont plus annoncées comme jadis par le pli de la robe ; mais nouvelle habitude, la malade se met à porter dans l'ouverture de son corsage un large ruban bleu et un ruban rouge qu'elle arbore avec fierté. La période d'excitation terminée les rubans disparaissent.

Durant ces phases d'excitation, la malade est d'un caractère particulièrement désagréable tant avec le personnel qu'avec les autres malades qu'elle injurie.

Si nous cherchons à l'interroger, elle nous répond soit par des mots sans suite, soit par des grossièretés.

Un soir passant auprès de deux infirmières pour gagner le dortoir, elle sort brusquement du mutisme dans lequel elle s'était enfermée dès le matin pour crier : « La mort Denise et Adélaïde. »

Habituellement propre et de bonne humeur, elle refuse alors de faire sa toilette le matin, cependant elle continue de s'habiller seule.

Parle-t-elle : elle le fait violemment, mais avec une grande sobriété de gestes. Ceux-ci très rares sont généralement incomplets.

Voici, à titre d'exemple une entrevue avec cette malade.

Au cours d'une de ses périodes d'excitation (26 janvier 1911), elle est entrée dans le cabinet de M. Séglas et demeure debout.

Aux interrogations posées, elle ne répond d'abord pas, puis subitement c'est une abondance de propos sans suite :

« Je n'ai pas autre chose qu'un panier d'Hern-en-Beauce, les Saints-Ronds. Collège de Vénus... » Elle agite ses bras, puis met une main dans son corsage : « Collège Rollin.... Je suis la droite. Les gens tatoués..... Collège Sainte-Barbe..... Lycée Charlemagne, ligue, roi. Au jardin d'acclimatation, enfant de force..... Rue de Ponceau. Enfant de gens tatoués. »

— Pourquoi êtes vous si revêche ?

— En ce cas je suis M^{me} Delpech, deux fois... gens pleins de morve (elle se mouche).

— Pourquoi avez-vous un ruban bleu ?

— J'en ai aussi un blanc.

C'est la seule réponse à peu près sensée qu'elle ait faite au cours de cet interrogatoire.

Mais voyant que nous prenons des notes, elle se met à dicter d'une manière hautaine une suite de propos aussi incohérents que les précédents.

A maintes reprises nous avons revue cette malade sans pouvoir obtenir d'elle des propos plus cohérents.

Son examen physique que nous avons pratiqué nous a montré qu'elle présentait une exagération assez marquée des réflexes rotuliens, du dermographisme, mais que

sa sensibilité tactile ne semblait pas émoussée car elle a réagi violemment quand nous l'avons recherchée.

Nous n'avons pas constaté chez elle de myxoedème.

Chez cette malade c'est après la sixième grossesse, au huitième mois de l'allaitement, que se sont manifestés les phénomènes qui l'a conduite à la démence. Peut-on, en effet, donner un autre nom à cette affection qui ayant débuté par des terreurs, des hallucinations auditives et visuelles des phénomènes alternés de colère et de tristesse, aboutit à une hyperactivité délirante avec négativisme, dénégations et négations (sa sœur n'est pas sa sœur), hyperactivité à laquelle succède le mutisme coupé seulement de paroles incohérentes. Des périodes d'amélioration, d'ailleurs relative et incomplète, une allure hautaine et dédaigneuse, des propos méprisants ou prétentieux, des idées de grandeur (elle arbore des rubans de décorations qu'elle porte fièrement) de la stéréotypie, et cela évoluant lentement de manière progressive et sûre vers la déchéance pendant une période de seize années, ce tableau clinique peut-il faire penser à autre chose qu'une démence ?

Quel rôle maintenant peut avoir joué l'accouchement dans la production des accidents.

L'hérédité de cette malade est vierge de toute tare morale au moins d'après les renseignements qui nous sont fournis et auxquels nous sommes obligés de nous en tenir puisque nous n'en possédons pas d'autres.

De même son passé personnel est également indemne.

Pouvons-nous conclure de là qu'il s'agit d'une psychose infectieuse ? Nous ne le croyons pas car l'infection semble avoir fait totalement défaut, et là encore, les phénomènes prolongés seraient peu en rapport avec ce qui est admis des psychoses infectieuses.

Psychose d'épuisement ? Peut-être si nous considérons que la femme est mère de six enfants, que c'est au sixième qu'ont éclaté les accidents et que l'allaitement était au huitième mois lorsqu'ils se sont produits, cet allaitement aussi pourrait être incriminé dans la production de la psychose puerpérale dont nous nous occupons puisque de l'avis général (1), la psychose de la lactation est beaucoup plus fréquente chez les multipares, donc il semble bien que dans ce cas l'allaitement, l'épuisement avaient joué un certain rôle.

Mais ce rôle n'est vraisemblablement pas unique,

Six enfants, les accoucheurs seront tous d'accord pour admettre que ce n'est pas là pour une femme un nombre excessif, un nombre dangereux ; et les femmes sont fort heureusement nombreuses chez lesquelles six maternités successives n'ont pas entraîné d'accidents démentiels.

Quant à l'allaitement il a bien sans doute agi comme cause également, cause d'épuisement ajoutée à la précédente ou bien en modifiant l'organisme de

1. Régis. *Précis de Psychiâtrie*, p. 540.

la malade ainsi que nous l'envisagerons plus tard en discutant le mécanisme de la production des psychoses puerpérales.

Quant à la prédisposition, en dehors même de tout accident antérieur, de toute tare héréditaire, nous croyons que là encore comme toujours un point d'interrogation doit rester ouvert sur le rôle possible qu'elle a joué.

Quoi qu'il en soit, cette femme après cinq grossesses normales, au huitième mois de l'allaitement qui a suivi la sixième, manifeste des phénomènes délirants qui loin de s'apaiser s'accroissent de plus en plus jusqu'à devenir continus, quelles qu'en soient l'étiologie et la pathogénie, c'est bien là encore une forme chronique en présence de laquelle nous nous trouvons.

Voici maintenant l'observation d'une malade dont le début des accidents remonte à vingt-six ans et qui depuis cette date n'a cessé d'être hospitalisée.

OBSERVATION IX

Marie R..., quarante-cinq ans, sans profession, entre à la Salpêtrière, le 2 juin 1908.

Cette malade est, depuis vingt-trois ans, transférée de service en service, aussi n'avons-nous sur elle que les indications de ses certificats successifs.

Par là nous apprenons que le 9 décembre 1885, âgée de vingt-deux ans, enceinte de sept mois, elle est conduite à

Sainte-Anne, comme atteinte de dépression avec attaques convulsives, hallucinations de la vue, culpabilité imaginaire, grande confusion dans les idées, qu'elle racontait à cette date des scènes de débauche auxquelles elle aurait été mêlée et dans lesquelles des hommes la mettaient entièrement nue. Enfin elle aurait eu à cette date des idées de persécution.

Sur son séjour à l'asile nous ne savons rien, sinon qu'elle n'est jamais sortie, et c'est en 1908 qu'elle est transférée à la Salpêtrière comme atteinte de débilité mentale avec idées mélancoliques, scrupules et intervalles d'excitation.

Elle manifeste à ce moment des idées ambitieuses, elle raconte qu'elle a épousé un duc.

Son état est chronique, dit le certificat de transfert qui nous apprend en outre qu'elle gâte par intervalles

Démence, vagues idées hypochondriaques et ambitieuses, gâtisme par intervalles ; c'est ce que reproduit à quinze jours d'intervalle les deux certificats de la Salpêtrière.

Le 29 novembre 1910 son état ne s'est pas modifié et M. Séglas confirme à cette date le diagnostic de démence.

Depuis son entrée à la Salpêtrière, l'état de cette malade ne s'est pas modifié. Elle passe la plus grande partie de ses journées assise attachée sur sa chaise percée, car elle gâte par intervalles, cependant elle mange seule et abondamment. Son état physique est excellent.

Par intervalles elle s'occupe un peu dans le service, aidant les infirmières à porter de l'eau, à vider les bassins, etc.

Elle parle peu et seulement lorsqu'on l'interroge et ses paroles deviennent aussitôt incohérentes.

Lorsqu'on la visite, ce qui est extrêmement rare, elle reconnaît, paraît-il, son mari, mais ne manifeste guère sa joie

de le voir, elle lui parle quelque peu et les premières phrases qu'elle lui dit ont une certaine suite, mais très rapidement elle retombe dans l'incohérence. C'est d'ailleurs la manière dont elle se comporte habituellement.

Un jour à l'une de nos visites, elle nous accueille assez bien, ce qui est rare, car généralement elle use volontiers tant envers nous qu'envers le personnel de termes grossiers.

Elle est assise sur sa chaise percée et s'occupe avec le plus grand soin à effiler un petit fragment d'étoffe qu'elle réduit en charpie.

— Pourquoi faites-vous cela ?

— Pour rien.

— A quoi cela sert-il ?

— A rien.

— Alors pourquoi le faites-vous ?

— Pour rien.

— Que faites-vous d'autre ici !

— Rien.

— Mais vous vous occupez, vous aidez le personnel, à quoi l'aidez-vous ?

— A rien.

Elle semble avoir un attrait particulier pour ce monosyllabe.

Elle baisse la tête.

— Regardez-moi ?...

Pas de réponse... Elle continue à rien dire et à effiler soigneusement son morceau d'étoffe. A une nouvelle question.

— Que faites-vous ici ?

Elle répond :

— « La galère ».

Puis subitement, après une nouvelle pause, elle éclate d'un rire non motivé. Les réflexes rotuliens sont forts, sa sensibilité paraît émoussée. Pas de dermographisme ni de myœdème.

Cette scène a été fréquemment suivie de scènes analogues.

A d'autres reprises nous n'avons pu obtenir d'elle comme unique réponse que des termes orduriers, proférés violemment.

A plusieurs reprises nous l'avons vue s'occuper un peu dans le service mais sans jamais pouvoir converser avec elle d'une manière plus sérieuse.

Chez cette malade c'est au cours même de la grossesse que sont survenus les accidents dont à l'exception de rémissions brèves et incomplètes, elle n'est jamais sortie.

Tristesse au septième mois de la grossesse, avec culpabilité imaginaire, dépression, hallucinations, gâtisme, incohérence, gestes absurdes, répétition du même monosyllabe comme réponse à l'interrogatoire. Tout cela répété pendant vingt-six ans avec des périodes d'incomplète rémission très courtes ; peut-on donner à cette affection un autre qualificatif que celui de démence, laquelle démence paraît avoir tous les caractères de la démence précoce. On peut se demander quel est le rôle de la grossesse dans la production de ces accidents ; puisque les accidents sont éclos au septième mois, que rien auparavant

n'était venu attirer l'attention sur son état mental et que dans l'ignorance où nous sommes des causes absolues de la démence précoce, ce fait précis que l'on peut rapprocher de tant d'autres faits semblables mérite d'être pris en considération.

Il nous semble en outre que dans ce cas l'infection elle-même ne peut être mise en cause, puisque c'est au cours même de la grossesse que surviennent les accidents.

Pourtant il nous semble bien que les accidents présentés par cette malade relèvent plus simplement de la même façon que ceux présentés par les précédentes malades, d'une psychose déterminée par l'état de grossesse lui-même, sur un terrain particulièrement disposé.

Voici donc encore un cas que nous pouvons certes rapprocher des cas précédents, mais qui cependant se caractérise bien nettement lui-même, par ce fait que l'accouchement n'avait pas eu lieu encore quand les accidents ont débuté et que c'est la grossesse seule qui a servi de point de départ à des accidents d'allure chronique. Si même chez la femme aliénée l'accouchement n'a en aucune façon modifié l'allure de l'affection, il n'a pas semblé l'aggraver peut-être, il ne l'a pas, à coup sûr, modifié d'une manière favorable ainsi qu'il peut faire parfois, comme déjà le signalait Marcé (1), comme il peut le faire aussi pour certaines affections nerveuses comme la chorée par

1. Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes*, 1858, p. 37.

exemple, ainsi que nous en pourrions rapporter un cas d'observation personnelle étudié à la consultation de la Salpêtrière durant cet été, et dans lequel la chorée développée au cours de la grossesse fut subitement guérie à la suite de l'accouchement (1).

En résumé donc, cette malade, nous semble bien rentrer dans la catégorie des affections chroniques nées à la suite d'un trouble puerpéral chez une prédisposée.

On pourrait contre cette théorie invoquer que la malade n'aurait pas eu auparavant d'accidents de délire, sans doute, mais nos renseignements à ce sujet font défaut, et de plus on ne peut il nous semble affirmer la non-prédisposition d'une malade, du fait qu'elle n'aurait point auparavant présenté d'accidents, l'affection latente n'ayant attendu pour débiter que l'incident d'une grossesse.

Voici maintenant l'observation d'une malade qui a la même durée d'internement que celle-ci, mais dont les phénomènes démentiels ont attendu l'accouchement pour se manifester.

OBSERVATION X

Eugénie L..., quarante-huit ans, religieuse, est entrée à la Salpêtrière le 28 avril 1910.

Elle vient de l'asile de Vaucluse où elle a été internée en

1. Marcé, *id.*, p. 32.

1886, à la suite d'un accouchement qui avait provoqué une crise de mélancolie.

D'après les renseignements fournis par son mari, il n'y a rien dans ses antécédents héréditaires.

Son père est mort sans qu'on puisse préciser de quoi.

Sa mère encore vivante n'a jamais présenté de tares nerveuses.

Dans ses collatéraux, ses sœurs sont bien portantes, son frère est mort jeune sans avoir jamais présenté des troubles mentaux.

Une tante de la malade se serait tuée volontairement en se jetant par la fenêtre.

Elle-même a eu une enfance malade, la fièvre scarlatine à dix-huit ans.

Intelligente, ayant eu son certificat d'études facilement, elle était d'un caractère un peu vif, fière, un peu bavarde avec tendance à la tristesse, pas méfiante, pas peureuse.

Elle avait souvent des crises nerveuses (*sic*).

A l'âge de vingt-deux ans, elle se marie et se porte bien tout d'abord.

Un an après elle devient enceinte et sa grossesse se passe bien tout d'abord.

Elle accouche en avril 1886 d'un fils qui vit et se porte bien.

Son accouchement est difficile.

Dans les jours qui suivent, le caractère de L... change, auparavant affectueuse avec son mari elle le prend en grippe, le traite de paresseux. Elle tient des propos incohérents et a souvent l'œil hagard.

A la fin du mois d'août de la même année, elle accuse déjà

des idées de persécution : on la poursuit, un grand malheur va fondre sur elle.

Ayant entendu parler d'une femme qu'on a écrasée dans son quartier, elle croit que pareille chose lui arrive.

Elle accuse la liberté de la presse ; pourquoi ? Elle ne le dit pas.

Vers cette même date elle a son retour de couches, et à ce moment entre en discussion violente avec sa mère. Celle-ci lui dit : « Si tu devenais de nouveau enceinte, je tuerais ton mari. »

Aussitôt elle cesse d'avoir en grippe son mari ; au contraire elle lui répète sans cesse de se méfier, qu'on veut lui faire du mal ; elle le tient dans ses bras et le serre convulsivement.

La nuit elle dit à son mari de bien fermer les portes.

Une nuit elle s'éveille en sursaut, se prétend enceinte de nouveau, et pour ce motif veut se tuer en se frappant d'un couteau. On doit la désarmer.

Elle veut mourir.

Se préoccupe exagérément de son mari qui est alors un peu souffrant.

Survient alors son retour de couches et aussitôt elle cesse de parler.

On l'interne alors à l'asile de Vaucluse.

Elle y conserve une attitude anxieuse et tout d'abord un mutisme absolu. Elle est triste, mélancolique, inerte. Refuse de manger. Pleure sans motif.

Pendant deux ans et demi cet état ne se modifie pas.

Lorsqu'elle parle, ce qui est très rare, elle se dit délaissée.

Puis au bout de deux ans elle recommence à parler, se dit heureuse de voir son mari et réclame sa sortie.

Celle-ci lui étant refusée pour le moment, elle s'exaspère et refuse de s'habiller avec les vêtements de l'asile et réclame les siens.

Peu après elle se calme, mais elle a des crises assez fréquentes d'excitation pendant lesquelles elle a de violentes colères.

Dans l'intervalle elle reçoit bien ses visiteurs, leur manifeste même une affection exagérée, ne divague plus, sa mémoire est bonne.

Elle travaille à l'asile, écrit à son mari des lettres sensées, et réclame sa sortie.

Cependant on ne la considère pas encore assez bien pour la lui accorder en raison de la fréquence de ses périodes d'excitation.

En 1891 on la transfère à la Salpêtrière. Elle présente, d'après le certificat de M. Falret, à son entrée, une tendance continuelle à l'excitation qui se produit par moment sous forme de paroxysmes plus intenses, elle est incapable de s'occuper d'une manière quelconque. Elle rit et pleure tour à tour avec une extrême facilité.

Durant les années qui suivirent, son état ne se modifie guère jusqu'en 1904, elle a alors des accès de colère et de violence qui obligent à la transférer aux agitées, elle néglige sa tenue, devient malpropre, dégrafe son corsage à tout moment et se livre un jour en plein parler avec son mari à une scène scandaleuse, la surveillante doit intervenir et le mari se plaint.

A la suite d'une enquête qui a démontré la profonde déchéance de son état mental, elle est de nouveau transférée à Vacluse,

Son état intellectuel est toujours de plus en plus affaibli, elle a des hallucinations et se croit toujours persécutée.

Quinze jours après son entrée à Vacluse elle se livre à des actes de violence.

Elle demeure à Vacluse jusqu'à la fin d'avril 1910, à cette date son mari qui la trouve mieux demande sa sortie. Il l'obtient.

Rentrée chez elle la malade n'y fait rien et ne songe qu'à dormir. Conduite au théâtre elle empêche ses voisins de voir le spectacle et s'y livre à mille incohérences, voulant imiter les acteurs, faisant des culbutes, etc.

Trois jours après elle est ramenée à la Salpêtrière.

La malade s'y montre correcte, polie et sans violence durant les premiers jours, elle s'intéresse aux choses extérieures.

Elle nous dit : « J'ai été longtemps malade, c'est long une maladie comme ça. »

Sa mémoire est très bonne, elle se souvient bien de M. Falret qui lui disait : « Soyez calme ».

Cependant elle s'isole volontiers, elle s'assied solitaire dans un coin de la cour toujours le même, et y demeure par n'importe quel temps, indifférente à la pluie. Parfois, brusquement, elle se lève et traverse la cour au pas de course.

Un matin, à la visite, elle nous raconte qu'elle a beaucoup pleuré pendant les jours qui ont précédé. « Je pleure quand je suis seule », nous dit-elle à une remarque que nous lui faisons, les surveillantes ne la voyant jamais pleurer.

19 mai. — Elle vient dans le cabinet de M. Séglas et tient des propos incohérents.

— Ça va mieux maintenant, des fois je pleure, je m'ennuie.

Interrogée.

— En quel mois sommes-nous ?

— En mai.

— Quel jour de mai ?

— Jeudi, on m'a dit que c'était le 18.

— Combien font $17 + 12$?

— 32.

— Non.

Elle compte sur ses doigts, puis :

— Ça fait 29.

— Quel est le président de la République ?

— Je l'ai vu un jour au parloir, un gros, je crois que c'était lui.

Elle parle de son fils. Il est joli, a une belle montre, etc., a pleuré quand il est venu voir sa mère, elle se demande pourquoi.

On lui demande pourquoi elle a été soignée.

Elle répond :

— Pour diarrhée et aussi nerveuse, emportée, je dis n'importe quoi, les bêtises qui me passent par la tête.

Puis elle parle encore de son fils.

Il est beau, a un bel uniforme, de grandes mains, gagne 50 francs, a une belle montre, bonne mine, un appétit formidable, etc., etc.

3 juillet 1911. — Son mari réclame sa sortie. M. Séglas dit que celle-ci ne peut être accordée si la malade n'est pas surveillée, sans cesse, et en effet. Eugénie L... est complètement incapable de se conduire, elle est dans un affaiblissement intellectuel absolu, elle ignore l'année, le jour, etc.

porte autour des poignets des fragments d'étoffe de laine en guise de bracelets.

Dégrafe son corsage à tout propos, a perdu toute pudeur, refuse de se rhabiller et frappe les infirmières qui veulent l'y contraindre. Sortie quatre jours en congé peu avant, elle raconte en riant qu'elle ne voulait pas travailler, ni s'occuper à rien, mais seulement faire la noce (*sic*). Elle est maintenue à la Salpêtrière.

Son état ne s'est aucunement modifié depuis.

Au premier abord, quand nous étudions cette malade, une question peut se poser à nous au sujet du diagnostic même de sa psychose. Certaines périodes d'amélioration en effet relativement accusées, certaines alternatives de dépression et d'excitation nous font nous demander si nous ne sommes point là en présence d'une psychose périodique et la discussion viendrait alors tout naturellement à se poser d'une transformation possible, ainsi que dans le cas d'Eugénie M... (Obs. V de ce travail).

Mais à un examen plus attentif de cette malade et de l'évolution de ses accidents il nous semble que les périodes de rémission ont été relatives, que celle-ci a été incomplète et qu'au reste il n'est pas rare de voir des rémissions très longues, même au cours de la démence précoce (nous avons même à ce sujet cité, à propos d'Eugénie M... l'observation de MM. Séglas et Chaslin).

De plus, le début brusque des accidents à la suite

d'une cause occasionnelle, l'anxiété, le négativisme manifestés par cette malade, le gâtisme et toute l'allure clinique de son affection nous semblent bien en faveur du diagnostic de démence précoce.

Quant au passé de la malade, sans y trouver à proprement parler de ces tare héréditaires ou personnelles qui la classeraient d'office parmi les prédisposées, nous croyons cependant qu'on y peut noter un certain nombre de faits intéressants.

Dans l'hérédité une tante morte à la suite d'un suicide.

Dans ses antécédents personnels, on trouve une tendance à la tristesse et des crises nerveuses (*sic*) sur la nature desquelles on n'a pas de précision.

Sans doute, tout cela est peu de chose et l'on ne peut conclure de là à une prédisposition fatale, mais cependant il y a quelque chose et devant l'absence de phénomène infectieux signalés, devant le caractère chronique de la psychose, nous croyons pouvoir dire qu'il s'agissait là vraiment bien encore d'un terrain prédisposé où l'accouchement une fois de plus encore aura été le point de départ, la cause occasionnelle des accidents délirants.

Enfin, fait intéressant à signaler et que nous n'avions point encore rencontré en relevant ces observations, c'est au moment du retour de couches que débutent avec une grande violence les accidents délirants, sans doute depuis quelque temps déjà cette malade donnait des signes d'agitation, mais

c'est à partir de cette date surtout que l'affection semble avoir atteint sa véritable intensité.

Voici maintenant l'observation d'une malade internée elle aussi depuis la même époque, et dont les accidents n'ont pas varié depuis des années.

OBSERVATION XI

A. M..., âgée de quarante-huit ans, est internée à la Salpêtrière depuis le 24 décembre 1896.

Lorsqu'elle est entrée dans le service à cette date, elle était déjà internée depuis dix ans.

Son certificat d'internement que nous avons pu retrouver porte que cette malade est atteinte de folie puerpérale avec prédominance d'idées mélancoliques et alternatives d'excitation et de dépression.

Et quinze jours après son entrée le certificat nous apprend qu'elle a eu des crises *hystériformes* (*sic* ?)

La famille a pu nous fournir à son sujet quelques renseignements.

Nous avons ainsi appris que le grand-père de cette malade était alcoolique et son père buveur, qu'il n'y a rien chez ses collatéraux.

Qu'elle-même n'a pas, dans son enfance ni son adolescence, présenté de troubles mentaux. Qu'elle a été réglée à dix-huit ans sans présenter de troubles à ce moment.

D'un caractère gai et enjoué, très intelligente et instruite, elle s'est mariée avec un étranger au caractère bizarre, de

situation très modeste et a eu à souffrir après son mariage de privations variées, phénomène prédisposant bien connu (1-2).

Une première grossesse au bout de deux ans de mariage a été normale sans phénomènes délirants, l'accouchement qui a suivi également normal sans accidents, il en est de même de l'allaitement qui a suivi et qu'elle a prolongé pendant quinze mois.

Une deuxième grossesse deux ans après est encore normale, et sans accidents.

Deux jours après son accouchement, également normal, elle a une scène violente avec son mari, et s'étant levée de son lit prend froid.

Elle a alors une bronchite et quinze jours après à la suite d'une intoxication par de l'iode de K. les accidents de délire commencent.

Elle déclare que son enfant est tombé. Elle veut s'asphyxier, se jeter par la fenêtre, on est obligé de la retenir.

Toutefois elle reconnaît bien les gens qui l'entourent et n'a d'hallucinations ni auditives ni visuelles.

On la conduit à Lariboisière d'où elle est transférée à Sainte-Anne, puis à Villejuif.

Un an après, au dire de sa sœur, elle présente pendant quinze jours une amélioration très grande dans son état, elle n'a plus aucune idée délirante, elle accueille bien ses visiteurs et s'entretient avec eux très raisonnablement. Mais son mari vient la voir, il y a entre eux une scène très violente et aussitôt après elle retombe dans ses idées délirantes et son demi-mutisme.

1. Ripping (Dusseldorf), cité par Lequeux.

2. Lequeux, *Journal de médecine interne*, 30 septembre 1910.

Elle n'en est plus sortie depuis.

En 1896, on la transfère à la Salpêtrière ; son certificat à cette date nous indique qu'elle a présenté des alternatives d'excitation et de dépression.

Il nous est dit aussi qu'elle répond d'une voix très basse aux questions qui lui sont posées.

Quinze jours après le certificat confirme le premier et dit « qu'il est difficile de déterminer exactement la nature des idées qui la préoccupent, qu'elle est tout à fait inerte et incapable de s'occuper d'une manière quelconque. »

Et depuis lors son état démentiel ne s'est pas amélioré, bien au contraire.

Dans les premiers temps de son séjour à la Salpêtrière la malade répondait encore à peu près aux questions tant du médecin que du personnel, mais peu à peu ses réponses se sont faites de plus en plus pénibles et rares, l'incohérence de ses propos s'est accentuée, encore ces propos incohérents sont-ils assez rares et la malade tend de plus en plus à s'enfermer dans le mutisme.

Il y a quatre ans son mari a fait une tentative de quelques jours pour la reprendre auprès de lui, elle est demeurée silencieuse chez elle, s'occupant de son ménage avec soin, apportant même le caractère méticuleux qui avait été le sien, mais sans qu'on pût lui faire dire autre chose que des propos incohérents.

Elle est revenue après à la Salpêtrière.

Dans le service où nous avons eu maintes fois l'occasion de la voir et de l'examiner, elle passe pour une malade assez calme, silencieuse et solitaire, elle est seule et s'occupe fort peu de ce qui l'entoure.

Elle mange seule et avec un certain appétit, se tient assez propre et ne gâte ni dans son lit ni dans ses vêtements.

Durant la plus grande partie de la journée elle se promène dans les cours du service de long en large, un chapeau sur la tête, un sac de voyage à la main.

A-t-elle l'impression d'un départ prochain, nous n'avons pu le savoir, car lorsque nous nous approchions d'elle, elle cherchait à nous éviter et à fuir, et si nous parvenions à l'isoler dans quelque coin de la cour, jamais nous n'avons pu obtenir d'elle quelque réponse.

Elle refuse de nous regarder et cherche autour d'elle par quelle issue elle pourra nous échapper. Sur l'espace laissé libre elle piétine, tourne sur elle-même. A nos questions répétées elle ne répond que par des mots indistincts dans lesquels le monosyllable « non » revient avec une extrême fréquence au milieu des mots sans suite, à peine articulés.

Si nous nous écartons un instant de son passage elle en profite aussitôt pour s'éloigner rapidement et se mettre hors de la portée de notre interrogatoire. La mine égarée, marmottant à voix basse des propos inintelligibles ou silencieuse, elle recommence son éternelle promenade, ou bien s'assied solitaire dans un coin quelconque de la cour.

Aux entrevues avec sa famille, nous a dit sa sœur, elle se montre assez affectueuse, elle reconnaît ses visiteurs et paraît comprendre ce qu'on lui dit ; à sa sœur elle demande même habituellement des nouvelles de leur mère, mais aussitôt après elle retombe dans son mutisme ou ne prononce plus que des propos incohérents.

Cet état d'ailleurs n'a pas varié depuis des années.

Nous avons chez cette malade recherché les signes

physiques ; nous n'avons pas trouvé de myoœdème, mais sa sensibilité tactile paraît amoindrie, ses réflexes rotuliens sont exagérés, elle présente un dermatographe assez net.

Voici donc une malade chez laquelle les phénomènes ont débuté brusquement après quelques complications qui ont suivi un accouchement normal.

Une cause extérieure, une discussion avec son mari semble avoir influé dès le début comme elle influera de nouveau plus tard au cours de l'évolution de la psychose, elle a eu des idées absurdes, elle a fait une tentative de suicide, elle n'a pour ainsi dire pas cessé d'être internée, elle a présenté des périodes de rémission de durée insignifiante et s'est affaiblie graduellement et d'une manière régulièrement progressive au cours de ces dernières années.

Tel est le passé pathologique de cette femme.

Le caractère chronique de sa psychose nous paraît évident. Évidente aussi et par ce fait même la gravité du pronostic qui la concerne.

Ce qui nous semble plus difficile c'est le diagnostic qu'il faut porter sur elle, c'est en un mot le nom qu'il faut donner aux accidents présentés par elle.

Lorsque nous avons commencé à nous occuper de cette malade une question s'est posée à notre esprit en présence des termes mêmes du premier certificat : alternatives d'excitation et de dépression, c'est qu'en effet devant les phénomènes présentés et ainsi traduits il nous a semblé qu'il y avait lieu peut-être de se demander en présence de quelle psychose nous

nous trouvions : psychose périodique (psychose à double forme) ou démence précoce.

Malgré les variations présentées par cette malade il nous semble, et c'est là aussi l'avis de notre maître, que le second diagnostic le doit emporter sur le premier, c'est qu'en effet les périodes de rémission sur lesquelles nous n'avons d'ailleurs que des renseignements familiaux forcément sujets à caution, nous semblent avoir été d'une brièveté extrême, c'est qu'aussi l'évolution, la manière dont la malade s'est comportée depuis ces dernières années nous semblent plus en faveur d'accidents démentiels, tout au plus pourrions-nous admettre la possibilité d'une de ces transformations auxquelles nous avons fait allusion il y a quelques pages au cours même de ce travail, transformations sur lesquelles nous ne nous croyons pas en mesure de discuter ici.

Quoi qu'il en soit, le caractère clinique de l'affection une fois admis, sa qualité définie, il nous reste à nous demander quelle a été la pathogénie de ces accidents.

À première vue une chose saute aux yeux dans le cas de cette malade, c'est la complexité du début, disons plus : son obscurité : scène avec le mari, bronchite, intoxication iodurée, tout cela fait un début bien compliqué. Quelle cause invoquer ?

L'intoxication iodurée ? Nous ne nous y arrêterons que pour l'éliminer, car il est vraiment difficile d'imaginer qu'une intoxication même par une dose

magistrale d'iodure de potassium, ait déterminé plus que des accidents transitoires.

La cause infectieuse, bronchite ? Elle n'aurait agi dans ce cas que comme adjuvant, que comme une cause occasionnelle secondaire. Et c'est de la même manière qu'aurait agi la discussion violente de la malade et de son mari.

L'hypothèse qui nous semble en définitive la plus plausible c'est qu'à l'accouchement doit être rapporté le début des accidents qui se sont en définitive produits dix-huit jours après la naissance de l'enfant.

Or les auteurs classiques et avec eux M. Régis (1), fixent la date la plus habituelle des accidents à la deuxième semaine qui suit l'accouchement on peut donc admettre au besoin un retard de trois jours sur la date la plus habituelle.

C'est donc encore l'accouchement qui a déterminé les accidents dans le cas de cette malade, accouchement qui s'est produit sur un terrain prédisposé.

En effet, si la malade ne présente pas elle-même dans son passé, d'après les renseignements que nous avons pu recueillir à ce sujet, d'accidents antérieurs, son hérédité nous paraît beaucoup plus sujette à caution puisque nous y trouvons un grand-père alcoolique reconnu et un père buveur ? (*sic*) (et c'est sa fille qui parlait ainsi).

Si de plus nous considérons que cette femme instruite, intelligente, d'un niveau moral assez élevé,

1. Régis, *Précis de Psychiatrie*, p. 547.

ayant jusque là vécu dans une aisance relative, a été soumise à des privations, à des violences, surmenée sans doute par un premier accouchement, il nous semble qu'elle était merveilleusement préparée pour qu'un accouchement survenant dans ces conditions déclanchât une psychose qui n'attendait sans doute qu'une occasion pour se manifester.

OBSERVATION XII

Marie M..., trente quatre-ans, sans profession, entrée à la Salpêtrière le 10 novembre 1908. Son certificat porte : excitation maniaque avec désordre dans les idées et dans les actes, hallucination de l'ouïe et de la vue, interprétations délirantes, idées de persécution.

Elle se croit sous la dépendance de quelqu'un et poussée à tuer son enfant.

D'après les renseignements on ne retrouve rien ni dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels.

Mariée, mère d'un enfant, elle a perdu cet enfant âgé de trois ans et demi en février 1903.

Depuis ce malheur, le caractère de la malade déjà triste naturellement s'est encore assombri, elle pleurait très souvent en songeant à son enfant, refusait de manger, ne s'égayait plus au sujet de rien.

Elle devient enceinte et pendant sa grossesse se porte mieux.

Elle accouche en 1904 et lorsque l'enfant a sept mois part avec lui pour la campagne.

A ce moment elle se figure et répète qu'elle est la seule à savoir soigner son enfant. Avec ses parents chez lesquels elle se trouve elle a des discussions violentes pour des questions d'intérêt, puis quand son mari vient la retrouver elle lui fait le soir même une scène violente, monte dans sa chambre et n'en redescend que le lendemain.

Pendant les deux années qui suivent elle a des périodes alternées de calme et d'excitation. Pendant ces dernières elle a des colères violentes.

En 1900 son médecin lui conseille de la morphine dont elle abuse rapidement.

Deux années encore son état reste à peu près semblable ; la malade manifeste pour son enfant une sollicitude exagérée, elle fait à son mari des scènes fréquentes, lui jette des objets à la tête et casse tout chez elle.

En 1908 elle se dit persécutée par un pharmacien : celui-ci veut la faire mourir ainsi que son enfant.

Trois jours avant son entrée à la Salpêtrière elle dit une nuit à son mari :

« Écoute, entends-le, on me dit d'aller avec mon enfant me jeter à la Seine. »

Elle reproche à son mari d'avoir une maîtresse et un enfant adultérin, et brise sur sa tête une bouteille de cognac.

Un autre jour elle supplie son mari de l'emmener de peur qu'elle ne fasse du mal à son enfant.

C'est alors qu'on l'emmène à la Salpêtrière. Le jour de son entrée elle s'assied silencieuse avec un facies hébété, elle s'écorche les doigts constamment, elle prétend qu'elle est

électrisée depuis son entrée à la Salpêtrière, elle explique comment on s'y est pris, qu'on la fait voyager dans les nuages, qu'il se passe dans son corps des choses étranges, etc.

Des gens lui en veulent, elle ne peut se tenir debout, etc.

Elle connaît l'année de sa naissance, mais ne peut la dire, elle dit l'heure exactement, le jour, et fait quelques calculs.

Elle se plaint et gémit continuellement, elle est persécutée, mais ses idées de persécution ne sont pas systématisées.

On lui fait avoir des cauchemars. On lui fait des farces. Elle se sent enlevée dans les airs, etc.

A toutes les questions elle répond d'une façon dubitative.

Elle croit (*sic*) qu'elle est mariée et qu'elle a un enfant.

Quelques jours après elle est surexcitée, demande à mourir, il faut qu'on la fasse mourir. Elle est dans les nuages. Elle est là inerte, anéantie.

On ne peut fixer son attention ni obtenir une réponse quelconque.

Au mois de janvier de la même année, elle craint de mourir, elle a peur d'être torturée, elle entend dans la chambre voisine les machines qu'on apporte pour la torturer.

Elle refuse alors de faire quoi que ce soit, on est obligé de la faire manger, de l'habiller, de la déshabiller, etc. Elle manifeste du négativisme et se refuse à tout examen.

D'ailleurs aucun signe physique à l'examen.

On l'interroge :

On la électrisée, elle ne sait pas pourquoi ni exactement qui ; elle ignore depuis quand elle est à la Salpêtrière, elle demande à s'en retourner chez elle.

— Vous êtes triste d'avoir perdu votre enfant ?

— Je croyais, mais ce n'était pas vrai.

— Pourquoi vous figurez-vous qu'il est mort ?

— Une idée, je l'ai vu en rêve.

— On m'a travaillé l'esprit.

— Il y a une femme qui mangeait mes paroles. On a refait le chemin de ma vie.

On l'a électrisée, on l'enlève dans les airs, les lavements qu'on lui donne servent à l'électriser.

Elle a de nombreuses interprétations. On lui a dit de prendre des gouttes et elle en a pris trop, c'est ce qui l'a rendue malade, elle a vu le bon Dieu qui lui a dit d'en prendre d'autres. Une voix lui a parlé et lui a dit qu'elle était perdue. On a voulu sa perte et on y est parvenu, etc., etc.

Sans cesse elle revient sur l'idée qu'elle a été électrisée, et cela au moyen d'un tampon d'ouate qu'on lui a mis sur la bouche.

Interrogée, elle raconte qu'elle a entendu parler de M^{me} Steinheil.

Son enfant est mort, elle l'a vu en rêve, pauvre petit, on lui a introduit des rouleaux dans le ventre, de l'électricité dans le fondement.

Son ton est monotone, pleurard, elle parle lentement avec un accent traînard, se répète sans cesse, puis brusquement change d'attitude, s'emporte, sa parole est rapide et nette, son ton bref et incisif, ses gestes sont automatiques, elle déroule un fil, fronce le sourcil et brusquement : « Le rouleau se replie, je suis perdue. »

Au mois de février elle parle souvent de locomotive, elle est dans la grande roue, dans la locomotive, mais on ne peut lui faire préciser dans quelles conditions.

— Où est la locomotive ?

— Elle est là.

— Où ?

— Là, je l'entends, je l'ai prise, je l'entends siffler.

Quelques jours après elle manifeste une agitation excessive, on doit l'attacher sur son lit, car elle veut à toutes forces se lever et s'en aller pour aller voir son enfant.

Depuis ce moment la malade n'est pas sortie de son état, elle n'a eu aucune rémission ; la maladie a suivi une marche progressivement régulière, et depuis le mois de novembre 1909 elle est tout à fait démente : on est obligé de la lever, de la coucher, on l'habille, on la lave, on la conduit aux cabinets, sans quoi elle gâterait dans son lit et ses vêtements, elle ne parle que très peu ; quand on l'interroge, elle ne répond rien ou répond par des phrases sans suite, sans aucun rapport avec la question qui lui a été posée.

Elle a des périodes de calme et des périodes d'agitation, mais durant ces périodes elle n'est pas méchante est n'a jamais frappé personne.

Visitée par sa famille elle ne manifeste à la vue de ses visiteurs ni joie ni contrariété, elle ne semble pas les reconnaître et s'enferme dans son mutisme.

Si l'un d'eux cherche à la faire parler, elle ne répond que par des propos incohérents et des phrases sans suite.

Ses seules manifestations sont pour absorber ses aliments qu'elle prend seule, sans aide, et qu'elle absorbe avec une extrême lenteur en souillant continuellement ses vêtements.

Durant notre séjour à la Salpêtrière dans le service de M. Séglas, nous avons pu maintes fois examiner cette malade et jamais son état n'a différé de celui que nous venons de rapporter. Sur notre demande on nous l'a amenée, elle

s'assied en face de nous, éclate de rire, et ne répond à nos questions que par des propos sans suite, puis soudain éclate de rire, se lève et s'en va.

On la ramène, nous examinons alors si elle présente quelque signe physique, et nous trouvons que ses réflexes rotuliens sont exagérés, qu'elle présente du dermatographe, mais sa sensibilité paraît normale.

Jamais nous n'avons pu obtenir d'elle autre chose.

Excitation maniaque, voilà le premier mot qui nous saute aux yeux lorsque nous examinons le premier certificat de cette malade. Allons-nous encore une fois recommencer la discussion au sujet de la nature de la psychose ? Non, car l'évolution même de la maladie, les phénomènes qu'elle a présentés, ses propos incohérents, son négativisme, l'allure stéréotypée d'un certain nombre de ses gestes nous montrent qu'il s'agit, là encore, d'une démence, mais cette fois la pathogénie est plus complexe encore.

Si l'on examine cette malade superficiellement, au premier abord, c'est trois années seulement de phénomènes démentiels d'allure chronique qu'elle nous présente, et encore de quelle manière ceux-ci ont-ils débuté ?

D'une manière lente, progressive, avec des variations continuelles et, en définitive, sans qu'une cause appréciable ait pu en déterminer l'apparition.

C'est un examen plus approfondi de la malade qui attire l'attention sur le rôle qu'a pu jouer l'accou-

chement dans la production des accidents démentiels.

Alors nous apprenons que le début de ces phénomènes remonte non plus en 1908, mais en 1904, quatre années plus tôt, et voilà déjà en définitive un passé de sept ans.

Bien plus, à l'origine de ce passé, nous trouvons l'accouchement, l'allaitement, en un mot l'état puerpéral, et nous le trouvons suivi de phénomènes auxquels, si l'on peut refuser le nom de démentiels, on doit cependant accorder certains caractères au moins douteux.

Et voici qu'alors, s'élève à nos yeux dans ce cas une question intéressante : celle de savoir quel rôle, dans la production d'une psychose, on peut accorder à un accouchement ayant eu lieu sans doute plusieurs années auparavant, mais suivi cependant à brève échéance par des troubles plus ou moins bien caractérisés.

En effet, dans le cas qui nous occupe actuellement, il semble bien qu'il y ait entre les troubles du début, ceux de 1904 et les accidents dont l'évolution se prolonge encore sous nos yeux à l'heure actuelle et qui remontent à 1908, une suite non interrompue de phénomènes morbides.

L'état puerpéral aurait alors été la cause d'une démence à évolution insidieuse, lente, discrète, variable, coupée de rémissions et se manifestant dans toute son intensité quelques années seulement après le début des accidents.

Reste la question du terrain prédisposé que nous recherchons toujours systématiquement, en présence de psychoses à forme grave et à pronostic défavorable.

Dans ce cas, l'hérédité de la malade, autant qu'on en peut conclure par les renseignements fournis, est indemne.

Son passé est semblable et cependant, en 1903, à la suite de la perte de son enfant, la malade a manifesté une tristesse qui a semblé exagérée à son entourage. Sa grossesse l'a, dit-on, améliorée à ce sujet. Faut-il en conclure que nous sommes seulement en présence d'une malade très affectée par une perte cruelle, et que l'espérance d'une maternité prochaine a consolée en partie de son chagrin, ou ne devons-nous pas nous demander si dans cette tristesse n'est pas le début même de la psychose, améliorée par la grossesse et poussée ensuite vers une évolution défavorable par l'état puerpéral ainsi que le cas en a été souvent rapporté.

Nous avons maintenant dessein de rapporter un certain nombre d'observations de date plus récente dans leur évolution. Ces malades, comme celle de l'observation III, entrées à la Salpêtrière dans le service de M. Séglas durant les derniers mois de notre séjour, ont pu être suivies par nous, sans aucune interruption depuis leur entréc. Elles sont de date trop récente malheureusement pour que nous puissions en affirmer le caractère chronique et le pronostic défavorable.

Mais ces malades ont, jusqu'à présent, dans l'évolution de leurs psychoses, présenté des caractères tels, de telles ressemblances aussi avec les malades chroniques dont nous venons de nous occuper, qu'elles nous ont entraînés et non seulement nous, mais des opinions plus autorisées que la nôtre, à considérer leur évolution comme tendant à la chronicité et à réserver grandement leur pronostic.

En étudiant ces malades, nous aurons le souci constant de voir par quels traits elles peuvent se rapprocher de nos malades chroniques arriérées, de celles que nous venons d'étudier, nous verrons ainsi qu'elles présentent avec ces malades bien des ressemblances, des caractères tels que le seul fait qui manque chez elles pour affirmer l'allure chronique et le pronostic défavorable de leur psychose, c'est malheureusement cette évolution prolongée pendant des années qui permet d'affirmer le diagnostic d'une maladie mentale.

OBSERVATION XIII

Camille R..., jardinière, âgée de vingt-cinq ans, entre à la Salpêtrière dans le service de M. Ségas le 1^{er} juillet 1911.

Le certificat de cette malade à cette date porte : confusion des idées et des souvenirs, désorientation, propos incohérents.

D'après les renseignements que son père nous fournit, il n'y avait rien dans ses antécédents personnels ni parmi ses collatéraux.

Dans son passé on ne trouve rien, aucune maladie.

Quant à son hérédité, le père nous a paru un grand débile,

Peu causeuses, pleurant, facilement elle se fatiguait paraît-il très vite à la suite de quelque effort intellectuel. Aussi, bien qu'au dire du père elle fut intelligente, est-elle demeurée fort peu de temps à l'école et est-elle presque, illettrée. Elle lit, écrit et compte assez médiocrement, et c'est tout.

A l'âge de vingt-deux ans elle s'est mariée et son état de santé n'a alors laissé en rien à désirer.

Elle a accouché une première fois au moins de janvier 1909, sans avoir manifesté aucun trouble ni durant sa grossesse ni au moment de son accouchement, qui a d'ailleurs été normal et n'a pas été suivi de fièvre.

Elle est redevenue enceinte et a accouché de nouveau le 14 mai 1911. Comme la première fois la grossesse et l'accouchement ont été normaux, sans qu'on ait rien à signaler.

Durant les quatre premiers jours qui ont suivi l'accouchement, la malade a essayé d'allaiter, et cet allaitement semblait d'ailleurs devoir être suivi de succès.

Mais le quatrième jour après son accouchement, elle a vu tomber de son lit l'ainé de ses enfants qu'on lui avait apporté et en a ressenti une vive frayeur.

Quelques instants après, comme son mari sujet à des crises comitiales cherchait un objet sur ses instructions, de nouveau elle s'est mise à manifester son émoi, craignant que son mari n'ait une crise à l'instant même; enfin, ayant entendu parler d'un beau-frère avec lequel elle était mal, elle s'est de nouveau inquiétée, craignant que cet homme cherchât querelle à son mari.

Le soir du même jour elle commence à délirer. Couchée

dans son lit elle s'y agite continuellement, envoyant des coups de pied en l'air et se débattant avec violence. Cependant elle a la notion de ce qui se passe autour d'elle et reconnaît les gens qui l'entourent.

Pendant la nuit qui a suivi elle n'a pas dormi un seul instant et dès le lendemain matin elle a commencé à délirer et les jours suivants cet état de choses se prolonge.

La malade tient des propos orduriers :

« J'ai couché avec mon père. » « Je ne suis pas une femme mais un garçon, seulement j'ai avalé mes co.....s, etc. et continuellement elle tient un semblable langage.

Sur ces entrefaites on lui raconte que des parents à elle ont été empoisonnés accidentellement par des aliments ; aussitôt elle refuse les aliments et ne cesse de répéter : « on veut m'empoisonner. »

Quelque temps après, une nuit, étant éveillée elle déclare que son enfant est mort, elle le saisit dans ses bras et l'embrasse avec une telle frénésie qu'on craint qu'elle ne l'étouffe et qu'on doit le lui enlever. Elle le réclame et soudain le prend en haine déclare qu'il est la cause de sa maladie et veut le jeter contre le mur ; on est encore obligé de le lui enlever. Cet état de choses se prolonge pendant six semaines.

Très constipée, n'allant à la selle qu'avec des lavements, présentant pendant plusieurs jours de la rétention d'urine elle n'a pas gâté pendant son séjour chez elle.

Elle n'a pas eu de fièvre. Mais à la fin du mois de juin son caractère se modifie. Simplement agitée au début, elle devient méchante.

Elle veut mordre son mari. Elle frappe les gens qui l'entourent.

Aussi sa famille effrayée la conduit-elle à la Salpêtrière le 1^{er} juillet.

Entrée à la Salpêtrière dès le lendemain elle cesse complètement de parler.

Le 1^{er} juillet, jour de son entrée à la Salpêtrière, elle fait de grandes difficultés pour venir dans le cabinet de M. Séglas. Elle refuse, se débat et veut frapper les gens qui l'ont amenée.

Entrée dans la pièce elle s'assied et regarde autour d'elle sans parler.

On l'interroge :

— D'où venez-vous ?

— Je n'en sais rien.

— Où êtes-vous ?

— Je ne peux pas vous le dire.

— Quel âge avez-vous ?

.

— Comment vous nommez-vous ?

— Je ne sais pas.

— Qu'est-il arrivé ? Vous avez accouché ?

— Non.

— Si.

— Il le fallait.

— Quand êtes-vous accouchée ?

— Je n'en sais rien.

— Était-ce un garçon ou une fille ?

— C'était un garçon.

— L'avez-vous nourri ?

— Oui mais, on me l'a enlevé, il fallait me le laisser là où il était.

La malade nous regarde curieusement, elle tire sur ses cheveux puis examine sa main avec un profond intérêt et dit : « Vous avez tout changé. » Puis elle cesse de répondre aux questions qu'on lui pose et on la reconduit dans le service.

Durant les trois ou quatre premiers jours qui suivent son entrée à la Salpêtrière ; Camille R... prononce encore quelques paroles : oui et non, en réponse aux questions du personnel.

Mais dès le 6 juillet il est impossible d'obtenir d'elle la moindre réponse. Vainement chaque jour nous l'interrogeons. Nous l'appelons par son nom sans même qu'elle nous regarde et quand enfin nous avons fini par lui faire lever la tête, elle nous regarde sans rien dire et ne répond à aucune de nos questions.

Elle cherche à s'en aller et dès que nous la laissons s'éloigner de nous.

Elle ne fait absolument rien elle-même, on est obligé de la lever, de l'habiller, de la nettoyer, de la coucher, de la conduire aux cabinets, encore le plus souvent gâte-t-elle dans son lit ou ses vêtements.

On est obligé de l'alimenter de force, et avec grande difficulté d'ailleurs, car elle conserve les aliments dans sa bouche pour les cracher ensuite.

Indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle, la malade passe toutes ses journées soit dans la cour, soit dans la salle, assise ou debout. Si on la pousse légèrement par les épaules, elle fait quelques pas puis s'arrête un peu plus loin et demeure

sur place, même en plein soleil, ce qui ne semble nullement l'incommoder.

Elle présente du dermatographe, des réflexes rotuliens exagérés, sa sensibilité tactile paraît émoussée, aucun acte de violence. Inertie complète, stupeur absolue, mutisme et indifférence, tel est l'état de la malade depuis son entrée à la Salpêtrière et cet état n'a cessé de s'aggraver de jour en jour.

A l'heure où paraît ce travail, incapable de tout, muette, refusant les aliments, gâtant sans cesse ; elle passe ses journées entières sur une chaise percée.

Cette malade, qui est malheureusement de date trop récente pour que nous puissions affirmer le diagnostic de ses accidents et leur pronostic, présente un certain nombre de ressemblances avec une malade de la clientèle personnelle de M. Séglas, déjà publiée par M. Barbé comme cas de refus d'alimentation dans une démence catatonique et que notre maître a eu la bienveillance de nous laisser de nouveau rapporter ici. M^{me} D... (obs. VI de ce travail).

Comme cette malade, en effet, elle présente un négativisme presque absolu, un refus constant des aliments, et si on n'est pas obligé, pour lui faire absorber quelque nourriture, de faire usage de la sonde, du moins offre-t-elle une résistance très grande à tout effort tenté pour l'alimenter, et ses repas auxquels nous avons assisté bien souvent sont l'occasion de luttes violentes entre la malade et le personnel, à

grand'peine peut-on lui faire absorber quelques liquides que bien souvent encore elle conserve dans sa bouche pour recracher ensuite.

De même que M^{me} D..., encore elle paraît avant tout soucieuse de s'épargner le moindre effort, de même enfin que cette malade elle a pris l'habitude de gâter sous elle et celle aussi des mouvements automatiques, faisant quelques pas lorsqu'on la pousse, puis s'arrêtant ensuite et demeurant à la même place.

Tous ces caractères auxquels viennent encore d'adjoindre la suggestibilité, les interprétations, les peurs, les propos volontiers obscènes du début de la maladie nous induiraient donc à penser à une démence précoce si nous pouvions nous appuyer pour le faire sur une évolution plus ancienne.

Très complexe nous apparaissent la pathogénie et l'étiologie des accidents. Il y a là de la constipation. Il y a là de l'anurie, des phénomènes occasionnels d'une forme plus banale. Il y a surtout un accouchement suivi d'une tentative d'allaitement.

Sommes-nous donc dans ce cas en présence d'un délire infectieux au pronostic favorable, comme celui de la malade Suzanne M..., rapporté au commencement de ce travail (obs. II), petite femme peu intelligente, appartenant à une famille d'aliénés et dont cette malade se rapproche et par la tentative d'allaitement qu'elle a faite et par la débilité de son intelligence. Sommes-nous, au contraire, en présence d'un de ces cas de démence précoce, comme nous venons d'en

rapporter plusieurs, survenant chez une malade prédisposée à coup sûr par son hérédité et par son caractère même. C'est que seul pourra affirmer l'avenir.

Cependant c'est à cette opinion que nous nous rangeons à la suite de notre maître, M. Séglas, après avoir avec lui vu journellement la malade, en réservant bien entendu un point d'interrogation. Nous agissons donc pour elle comme pour Suzanne M..., seulement en raison des phénomènes présentés, en l'absence de toute infection initiale caractérisée en raison de l'allure clinique de la maladie, nous croyons être pour Camille B..., en présence d'un cas chronique alors que nous avons plus volontiers rangé Suzanne M... au commencement de ce travail, parmi les cas aigus.

Nous allons maintenant rapporter l'observation de deux malades dont l'entrée dans le service de la Salpêtrière remonte à quelques mois plus tôt et dont l'affection paraît revêtir une allure un peu analogue à celle de la malade que nous venons d'étudier.

OBSERVATION XIV

Louise B..., institutrice, âgée de vingt-six ans, entre à la Salpêtrière le 20 janvier 1911. A son entrée son certificat porte : « Stupeur, mutisme, refus d'aliments. »

D'après les renseignements fournis par son mari, Louise

B... ne paraît présenter dans ses antécédents héréditaires aucun trouble mental.

Personnellement elle n'a jamais été malade, elle était très affectueuse, mais d'un caractère susceptible.

En septembre 1908, cette malade devient enceinte et durant sa grossesse on ne signale pas autre chose qu'une tendance à la tristesse et aux idées noires.

Elle accouche en juin 1909. Son accouchement est normal, pas de suites de couches pathologiques, pas de fièvre.

Mais huit jours après son accouchement elle manifeste à nouveau des troubles.

Elle ne veut pas monter en chemin de fer.

« Je sauterai du train. »

Elle a peur de certains animaux, des vaches en particulier.

Sauvage, elle refuse de voir les gens qui sont autour d'elle et cependant reconnaît bien tout le monde.

Elle n'est pas désorientée, elle n'a pas d'excitations, pas de colères.

Par moment elle parle beaucoup, montre tous les objets qui sont sur sa cheminée et raconte leur histoire.

Le médecin qui la voit alors porte le diagnostic de manie puerpérale.

Ce premier accès guérit assez vite et en janvier 1910 elle peut reprendre sa classe qu'elle continue jusqu'en septembre de la même année.

Elle est alors assez bien portante, d'un caractère un peu excitable au moment de ses règles. Celles-ci ont reparu quelques mois après l'accouchement.

Elles cessent en octobre.

Octobre 1910. — Elle reprend avec elle son enfant qu'elle avait mis en nourrice et n'avait pas tenté d'allaiter.

A cette date, elle se dit fatiguée, elle s'ennuie, elle maigrit, se plaint de n'être pas bien. Dit à son fils : « Tu n'es plus le même. »

Une nuit, brusquement, elle saute hors du lit, elle a des idées de jalousie, son mari la trompe avec une autre institutrice, c'est cette même femme qui est la cause de sa maladie.

Elle dit à son fils : « Tu es cause que je vais mourir et cette femme aussi ; c'est elle qui a tout tramé. On me cache quelque chose ».

Dans la cour, des enfants crient en jouant : elle dit à sa mère :

« Ne tue donc pas ces petits », puis tout d'un coup : « Je fais mourir mon père de chagrin. »

Dans d'autres circonstances, elle est silencieuse et personne ne parlant autour d'elle, elle dit tout d'un coup :

« Qu'est-ce qu'on me dit là ? »

Elle a des crises nerveuses (*sic?*), elle se raidit et crie toute la journée.

Chaque nuit, les mêmes scènes se reproduisent, la malade se lève de son lit, a des idées de jalousie, accuse l'autre institutrice de vouloir la faire mourir.

Peu après, elle manifeste des idées de suicide qu'elle tente de mettre à exécution ; on doit l'empêcher de se jeter par la fenêtre et de se couper la gorge avec un couteau.

Quand on cherche à la raisonner, elle répond : « Je suis trop malheureuse, je fais souffrir les autres et je souffre trop. »

Comme elle n'est plus réglée, qu'elle se plaint du ventre

sans cesse, on la conduit à M. de Martel qui lui fait un curettage.

Elle est assez calme, mais refuse de prendre des injections vaginales.

Pendant huit jours, à ce moment, elle ne prononce pas une parole, puis elle rompt ce silence et devient d'une grande loquacité.

On vient la voir, elle reconnaît très bien ses visiteurs. Et comme on lui montre une photographie de son bébé, elle se met à pleurer pendant une demi-heure.

Elle raconte qu'elle est tuberculeuse comme une de ses amies, qu'elle « tombe du haut-mal » (*sic*) et dicte ses dernières volontés.

Depuis le mois de novembre elle est très constipée.

Tantôt elle a beaucoup d'appétit et mange volontiers, dans d'autres moments elle refuse toute espèce de nourriture, disant : « Qu'on me laisse, je veux mourir. »

Pourtant elle ne dit plus qu'on lui en veut.

Elle est alors conduite à la consultation de Sainte-Anne, où M. le professeur Ballet croit à la possibilité d'une démence précoce.

20 janvier 1911. — Jour de son entrée à la Salpêtrière, elle vient dans le cabinet de M. Séglas, entre et s'assied silencieuse.

Son faciès est immobile, avec une expression mimique, elle regarde autour d'elle sans avoir l'air de fixer son attention sur rien.

On l'interroge et elle persiste dans son mutisme ; il faut répéter trois fois les questions pour obtenir d'elle une manifestation quelconque, encore cette manifestation n'est-elle pas une parole, mais un simple mouvement.

Il faut lui répéter, par exemple, trois fois de suite, regardez-moi, pour qu'elle tourne la tête du côté de son interrogateur.

— Êtes-vous malade ?

Silence.

La question étant répétée trois fois, elle fait un grand effort et répond :

— Mon papa.

— Que lui voulez-vous ?

Silence.

Elle semble indifférente à tout, s'assied et se lève sans aucune raison et sans avoir l'air de savoir pourquoi.

Elle tend d'un geste continuelsa main droite au-dessus de ses jupes vers ses organes génitaux.

— Pourquoi mettez-vous votre main là ?

Silence.

La malade retire sa main aussitôt, mais recommence le même geste une demi-minute plus tard.

Elle soupire fort : han... han..., puis un peu plus tard répète deux fois : occupé, occupé, oh...

On la reconduit dans le service et là elle refuse de manger et serre les dents quand on lui présente des aliments.

Elle refuse d'uriner, on doit la conduire aux cabinets et mise sur le bassin refuse d'uriner,

Durant les premiers jours de son séjour à la Salpêtrière la malade refuse de manger toute seule, on est obligé de l'alimenter de force.

De même il faut la maintenir au lit, car elle se lève et court dans la salle.

On doit l'attacher car elle ne cesse de se masturber et les mains liées elle emploie ses talons à cet usage.

Va-t-elle au bain, là encore on doit la maintenir car elle veut s'enfuir.

Lui donne-t-on le bassin, elle refuse d'en faire usage, puis se lève et défèque dans un coin de la salle.

Elle est toujours silencieuse et refuse de répondre aux questions qu'on lui pose.

Elle ne mange pas seule et si on cherche à l'alimenter de force garde ses aliments dans sa bouche pour les cracher ensuite.

Cet état ne se modifie pas, plongée dans la stupeur, toujours muette, indifférente à ce qui se passe autour d'elle, refusant les aliments et ne mangeant que par force, Louise B... n'a rompu son silence qu'une ou deux fois pour demander où elle était.

Constipée habituellement elle ne va jamais sur le bassin, mais gâte dans son lit et dans ses vêtements.

11 mars — Elle sort de son mutisme pour demander où elle est, pourquoi on l'a mise là et le nom de son médecin.

Elle dit aux infirmières qu'elle ne les connaît pas et leur demande si elles sont ses sœurs ou ses tantes, elle raconte aussi que son père doit être mort.

Pendant quatre ou cinq jours elle revient chaque jour sur ce même sujet. Toutefois une de ses tantes étant venue la voir à ce moment, elle l'a reconnue et appelée par son nom, puis elle retombe dans son mutisme.

3 avril. — Elle déchire ses vêtements avec ses dents.

Le 6 du même mois, elle se déshabille complètement dans

la cour. Elle recommence d'ailleurs les jours suivants à plusieurs reprises dans la journée.

23 avril. — Sa famille lui ayant apporté des ouvrages au crochet, elle s'occupe quelque peu à ces ouvrages.

Son état d'ailleurs ne s'est aucunement modifié en dehors de ce point, la malade continue ses actions incohérentes, se déshabille plusieurs fois par jour et se masturbe continuellement.

Cependant, à la fin du mois d'avril, elle demande à sa tante de la reprendre, elle raconte qu'elle a vu le médecin, mais n'a pas voulu lui répondre, elle demande où elle est et pourquoi elle n'est pas chez elle.

Durant les premiers jours de mai, elle paraît un peu mieux, à plusieurs reprises elle prononce quelques mots, répond un peu aux questions que lui adresse le personnel et semble se masturber un peu moins.

Mais le déshabillage, la mise en pièces des vêtements persistent. La malade qui maintenant s'alimente seule et mange avec appétit, n'a cessé de gâter depuis son entrée à la Salpêtrière.

Et dès la seconde quinzaine du mois de mai, elle retombe dans son mutisme et sa stupeur. Son état ne se modifie plus.

Quand nous traversons les cours, nous la voyons soit assise dans quelque coin, soit debout, le soleil lui est indifférent, elle s'y expose une grande partie de la journée et son visage ainsi que ses mains ont pris une teinte bronzée.

Muette, indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle, elle semble ne conserver qu'une seule faculté, celle de manger.

Si nous l'interrogeons, elle ne répond pas. Son nom répété à plusieurs reprises ne provoque de sa part qu'un mouvement de tête, elle nous regarde, puis tourne de nouveau les yeux, et de nouvelles tentatives pour attirer son attention restent vaines.

Vers la fin de juin elle cesse de déchirer ses vêtements et ses déshabillages sont moins fréquents, mais elle se masturbe toujours fréquemment.

Elle n'accomplit d'elle-même aucun acte autre que de manger seule, on doit la lever, la coucher, l'habiller, la coiffer, la laver, la conduire aux cabinets. Encore refuse-t-elle de faire usage de ce lieu et préfère-t-elle, soit gâter dans son lit ou ses vêtements, soit s'accroupir à la porte de la salle pour déféquer alternativement à droite et à gauche de cette porte.

Lorsque sa famille vient la voir, elle semble généralement la reconnaître, mais rien ne montre si elle a de cette visite quelque agrément ou quelque mécontentement.

Aucune modification dans son état n'a pu être affirmée depuis la seconde quinzaine du mois de mai.

1^{er} août. — La malade commence à s'agiter, se précipite contre les murs et les meubles de la salle, cherchant à se blesser.

On est obligé de la coucher et de l'attacher dans son lit.

Durant les jours qui suivent, elle continue de s'agiter. Elle cherche à frapper et à mordre le personnel.

3 août. — A la visite elle apparaît avoir l'œil gauche noir et tuméfié, nous apprenons que pendant la nuit elle s'est, malgré la surveillance, frappée aux barreaux de son lit.

Le matin même elle a déclaré qu'elle voulait mourir et demandé qu'on la tuât.

Depuis la malade s'est calmée, elle n'a plus présenté de crises d'excitation.

18 septembre. — Elle fait un peu de crochet, mais de manière automatique sur les injonctions de l'infirmière qui l'encourage tout le temps.

Elle a du dermographisme, une sensibilité amoindrie, de l'exagération des réflexes rotuliens.

Son état mental ne s'est en dehors de ce fait que peu modifié.

27 septembre. — La malade commence à parler quelque peu, elle raconte qu'elle va mieux et qu'elle voudrait bien retourner chez elle ; qu'elle a vu sa tante et que celle-ci lui a promis de la reprendre (ce qui est faux), elle en est très heureuse.

Elle donne quelques renseignements sur son enfant qui est, dit-elle, chez ses parents dans la Creuse, mais elle ne sait ni son âge, ni rien de ce qui le concerne.

Son frère vient la voir, mais elle ne lui manifeste que de l'indifférence.

Elle sait qu'elle n'est pas chez elle, qu'elle est à Paris, mais elle ignore où elle se trouve en dehors de cela.

Elle ne gâte plus que rarement et seulement quand elle est levée.

Elle ne se dévêt plus, et sa tenue est plus soignée, mais elle est incapable d'aucun acte raisonné, sinon de s'alimenter elle-même.

On doit la lever, la laver, l'habiller, et le soir la dévêtir et la coucher ; elle ne s'occupe à rien, les essais de crochet

qu'elle a faits sont mal faits et elle n'a pu mieux faire.

Elle se masturbe moins mais demeure inerte dans la cour sans rien faire pendant la plus grande partie du jour.

4 octobre. — A la visite, sa stupeur paraît avoir diminué, la malade est un peu plus éveillée, elle répond à quelques questions avec lenteur et hésitation.

— Vous avez vu votre famille ces jours ci ?

— Oui.....

— Qui ?

— Ma tante seulement et mes deux oncles.....

— Avez-vous été malade ?

— Oui, monsieur le docteur....

— Quand les avez-vous vues ?

— Hier jeudi. (La veille était un mardi.).....

— Savez-vous quel jour nous sommes ?

— Non.....

— Y a-t-il longtemps que vous êtes ici ?

— Non.....

— Savez-vous où vous êtes ?

— Où je suis ?.....

— Dans quelle ville ?

— Paris.....

— Savez-vous dans quelle maison ? (Ne paraît pas comprendre la question.)

— Savez-vous le nom de l'endroit où vous couchez ?

— Chez M. le docteur....

— Pourquoi êtes vous chez un docteur ?

— Parce que je suis malade....

— Comment savez-vous ça ?

— C'est le docteur qui l'a dit....

— Quelle maladie avez-vous ?

— Une maladie... du cerveau.

— Quelle est donc cette maladie du cerveau ?

— Des idées... bizarres...

— Quelles idées bizarres ?

A partir de ce moment-là, il est impossible d'obtenir de la malade une réponse ; elle paraît en avoir assez, elle se lève spontanément pour s'en aller, mais s'arrête sur injonction et reste à la même place. Après quelques instants de repos, on recommence l'interrogation.

— Vous êtes bien ici ?

— Oui... docteur (très lentement).

— Vous voudriez-vous en aller ? (Silence.)

— Où voulez-vous aller ?

— Chez... moi... mais je n'ai pas...

Elle ne s'occupe toujours à rien et son état n'a pas changé depuis huit jours sur ce point, ne s'habille pas toute seule, on doit la lever, la laver, etc. Elle a engraisé, la mine est meilleure. Les règles n'ont pas reparu depuis son entrée à la Salpêtrière.

Cette malade qui a pendant plusieurs mois évolué sous nos yeux reste encore à l'heure actuelle extrêmement mystérieuse.

Tout d'abord, depuis le début des accidents, les alternatives de dépression et d'excitation séparées par des intervalles d'amélioration peuvent en imposer dans une certaine part pour une folie périodique ; d'autre part, le mutisme dans lequel la

malade s'enferme, son évident négativisme, les actes absurdes (déshabillage) qu'elle accomplit, sa désorientation, l'allure stéréotypée d'un certain nombre de ses gestes, cette tendance continuelle à l'onanisme, enfin toute l'allure générale de la psychose nous feraient penser à une démence précoce. Quel diagnostic porter ?

C'est plutôt vers le second que nous serions entraînés, mais c'est l'avenir seul qui pourrait, en montrant ce qu'il adviendra de cette malade, poser le diagnostic définitif.

Encore même à l'heure actuelle, et malgré l'amélioration qui depuis quelques jours se manifeste dans l'état de cette malade, nous ne pouvons guère conclure à un pronostic favorable.

Des faits semblables à ceux de maintenant se sont manifestés au début de l'affection, puis dans le cours même des accidents, et nous les rappelant nous ne serons pas loin de croire qu'il s'agit là d'une de ces rémissions qui sont loin d'être incompatibles avec la démence (Cf. Séglas et Chaslin).

Si nous la comparons maintenant avec un certain nombre des malades que nous avons étudiées ici, nous croyons qu'elle présente avec plusieurs d'entre elles différents points de ressemblance que nous allons tenter de rapporter ici.

Durant sa grossesse, déjà elle a quelques idées de tristesse, moins accusées sans doute que celles de Marie R... (obs. IX de ce travail) qui avaient fait

interner cette malade, mais enfin les accidents peuvent être rapportés à la grossesse elle-même.

Elle semble guérie et présente une période de rémission prolongée comme M... (obs. II de ce travail), et les accidents ayant recommencé de nouveau subissent une aggravation à la suite de troubles utérins que nous rapprocherions volontiers des troubles menstruels du retour de couches présenté par L... (obs. XII de ce travail). Enfin, lorsque l'affection est bien caractérisée et en pleine évolution en dehors des phénomènes classiques (mutisme, négativisme, désorientation, onanisme, refus des aliments) communs avec la plupart des cas chroniques, elle se déshabille comme Élisabeth E... (obs. VII), elle a des attitudes stéréotypées comme Rose L... (obs. VIII) ou M^{me} D... (obs. VI) et surtout elle se rapproche de cette dernière dans tout ce qui concerne son gâtisme.

Enfin nous la rapprocherions plus facilement peut être encore de Camille R... (obs. XIII), si cette malade pouvait nous offrir un point véritablement fixe pour une comparaison, car rien ne dit que cette malade ne présentera pas dans le même temps semblable rémission.

Voyons maintenant quels rapports l'évolution de cette psychose peut offrir avec l'état puerpéral ?

Tout d'abord c'est la grossesse qui est le point de départ des accidents (tristesse, idées noires) (*sic*), puis l'accouchement précipite la marche en déterminant une première crise ; l'allaitement fait défaut, et

ceci permettrait d'éliminer la psychose d'épuisement, si précisément ce n'était à la suite d'une fatigue que les accidents démentiels ont éclaté de nouveau, cette fois avec une énergie nouvelle ; l'affection évolue ensuite comme une psychose définie au pronostic grave, mais si son allure clinique générale, si sa marche progressive font songer surtout à une affection chronique en faveur de laquelle plaident déjà trois années de troubles mentaux, nous pensons, tout en inclinant vers le diagnostic d'une psychose chronique, que la question doit être réservée pour une certaine part, en raison des conditions du début, au sujet d'une simple psychose d'épuisement, là encore le temps seul permettrait de trancher le diagnostic.

La malade dont nous allons maintenant rapporter l'observation se rapproche de celle-ci par un certain nombre de points.

OBSERVATION XV

Marie B..., employée de commerce, âgée de trente-deux ans, est entrée à la Salpêtrière le 31 décembre 1910.

Son certificat de placement à cette date porte : dépression psychique avec agitation anxieuse par intervalles, idées hypochondriaques et idées de suicide suivis même d'une tentative, idées de culpabilité imaginaire.

Dans les antécédents héréditaires de cette malade, non plus que chez ses collatéraux, on ne signale rien.

Elle-même ne semble jamais avoir auparavant présenté d'accidents mentaux, elle n'a jamais été très gaie, mais d'un

caractère plutôt agréable et doux, plutôt bienveillante, très active et travailleuse, ambitieuse même.

Intelligente elle avait reçu une instruction primaire bien développée.

Réglée à treize ans, elle a eu de l'aménorrhée pendant deux années depuis l'âge de seize ans.

Au mois de décembre 1909 elle est devenue enceinte et tout de suite a manifesté l'idée fixe qu'elle mourrait en couches.

Elle a accouché à huit mois, son accouchement a été pénible, par le siège, l'enfant a vécu et est à l'heure actuelle bien portant.

Ses suites de couches ont été normales, sans fièvre ni albumine et environ un mois après elle est retournée à son magasin.

C'est à ce moment que les idées fixes la reprennent, elle dit sans cesse qu'elle va mourir. Son sommeil est irrégulier.

Dans son ménage elle s'occupe un peu; mais au bout d'un mois le sommeil devient mauvais, la malade cesse de s'occuper à quoi que ce soit, elle oublie même de préparer sa nourriture; sans cesse alors elle prétend avoir été mal soignée pendant sa grossesse et mal accouchée. Son état loin de s'améliorer devient de jour en jour plus mauvais, son état général s'altère et la malade maigrit rapidement.

Trois mois après son accouchement elle entre à l'hôpital Saint-Antoine où elle demeure douze jours. Elle prétend alors qu'elle va mourir.

Plus tard, quand ses règles reviennent de façon régulière, elle prétend chaque fois qu'elle fait une fausse couche.

Enfin les phénomènes morbides s'accusent de plus en plus, la malade ne dort plus du tout, elle demeure la nuit assise dans son lit et regardant un point fixe ; le jour elle est tour à tour silencieuse ou agitée.

Elle s'accuse d'actes imaginaires dont sa culpabilité va provoquer l'arrestation de membres de sa famille.

Le 9 décembre enfin elle se livre à une tentative de suicide en cherchant à absorber de l'eau sédative.

C'est alors qu'on l'amène à la Salpêtrière.

2 janvier. — La malade entrant dans le cabinet de consultation vient s'asseoir sur une chaise, inerte et silencieuse.

On l'interroge :

Elle est à Saint-Antoine, se porte bien, mais a le ventre en sang (elle a d'ailleurs des pertes) ; de ce fait, elle s'est crue perdue, mais n'est plus inquiète maintenant ; pourtant, par instants, son visage devient rouge, ses lèvres se contractent et ses yeux se remplissent de larmes.

Elle ne cherche pas à savoir pourquoi elle est à l'hôpital ni ce qu'on va faire d'elle, peu lui importe. Elle a fait du mal, mais c'est fait et ne peut être réparé.

De temps à autre, elle ouvre de grands yeux et regardant fixement dit : « Je vois ma pauvre mère, je la vois toujours », puis nous dit par ailleurs que sa mère n'est pas là et d'ailleurs se porte bien.

Elle nous dit son nom et son âge mais ne peut pas dire la date du jour.

D'après les renseignements du personnel, elle a mal dormi et le matin, a montré un peu d'agitation qui s'est manifestée par des cris.

Dès le lendemain, à la visite, elle nous tient des propos incohérents.

On lui a coupé ou brulé la langue, on lui a donné dans le dos des coups de couteau, elle a le ventre infecté mais dans un autre ordre d'idées, se croit dans une maison de prostitution, déclare ne pas vouloir y demeurer et appelle M. Séglas : M. le juge. Elle nous dit qu'elle a perdu la mémoire, qu'elle a le cerveau à moitié vide et qu'elle ne peut parler, sinon pour nous dire *des choses mal*.

Elle a fait du mal sans dire quoi, mais ne se reproche rien et d'ailleurs on ne lui en veut pas.

Elle nous dit qu'elle perd la mémoire, qu'elle ne se souvient pas de la date du jour :

» Nous sommes au commencement de l'année, janvier 2 ou 3, par là. »

Durant les trois premières semaines de son séjour à la Salpêtrière, la malade semble aller mieux, elle mange bien, travaille à l'atelier et ne manifeste que par intervalles un peu d'inquiétude touchant son état ou sa sortie de l'hôpital, se plaint de sa mémoire.

13 janvier. — Elle est venue à la visite et a parlé de sa petite fille, cependant elle a tenu quelques propos étranges : « Je ne suis pas propre, c'est honteux et j'ai été élevée si convenablement, mon mari est si convenable ! »

21 janvier. — Elle déclare que sa mère vient de mourir, on essaie de la calmer, mais elle ne se rassure qu'à demi, prétendant qu'on lui cache la vérité ; les jours suivants, elle pleure et se lamente sans cesse.

La nuit, elle se lève de son lit sans raison ; dans la journée, elle se couche toute habillée, refuse de manger, ne fait plus

aucun travail ; elle ne cesse de pleurer et de gémir suppliant qu'on cesse de faire du mal à ses pauvres parents.

25 janvier. — Comme elle était retournée à l'atelier on a dû l'en expulser, parce qu'elle avait frappé une de ses compagnes et refusait d'obéir. Elle jette sur sa voisine ce qu'elle trouve sous sa main. Dans les jours qui suivent, son excitation tombe, mais la malade erre dans les cours en proie à la plus vive inquiétude, sans cesse elle parle de sa mère, s'en inquiète, déclare qu'on l'a enfermée pour lui faire du mal et s'accuse d'être la cause des calamités qui frappent sa famille et sa mère en particulier. Par intervalles, elle a des moments de calme dont elle profite pour reparaitre à l'atelier ; son appétit est satisfaisant son sommeil assez régulier.

2 février. — Elle vient supplier qu'on ne torture pas sa mère ; elle seule est fautive ; on devrait la tuer ; elle est la plus grande coupable du monde ; elle a tout fait ; elle est indigne de l'affection de sa mère et de son mari qui ont toujours été bons pour elle, etc., etc.

22 février. — Comme la malade est venue dans le cabinet de M. Séglas, elle s'accuse d'être une criminelle, d'être haïe de Dieu, ce qui a entraîné des punitions sur sa famille, sur sa sœur qui meurt par sa faute à vingt et un ans.

Elle est un diable, un démon.

— Un petit démon ?

— Non, un grand démon. Je suis dénoncée, je mérite le châ-timent éternel.

On pardonne à l'enfant prodigue !

— Non monsieur, pas à moi.

Dès la fin de février, d'ailleurs, la malade ne vient plus jamais à l'atelier ; elle ne sort plus de sa prostration, ni de ses

idées fixes ; elle se néglige, ne fait plus sa toilette, se traîne dans la poussière et dans la boue, fait sous elle, s'accuse sans cesse ; lorsqu'on cherche à la faire parler, à lui montrer son état, elle répond ;

« C'est moi, mais il est trop tard pour changer ; je suis punie, je l'ai mérité. »

A la fin de mars elle commence à se masturber tantôt seule, tantôt en compagnie d'une autre malade. Son appétit seul est bon et persiste ; la malade s'alimente bien.

10 avril. — Elle accuse la surveillante de la persécuter.

Le 26 du même mois, elle demande si c'est le jour où on doit la brûler.

Cette idée persiste d'ailleurs pendant plusieurs jours.

Au commencement de mai, elle devient voleuse, cherche à prendre à ses compagnes tout ce dont elle peut s'emparer.

Au milieu de mai, elle devient méchante avec le personnel, frappe, griffe et mord quand on l'approche, elle mange tout ce qu'elle trouve, aliments ou ordures.

20 mai. — On est obligé de l'attacher à la suite d'un pugilat et d'un bris de carreaux.

24 mai. — Nous avons l'occasion de l'examiner plus longuement en particulier.

Elle est dans la cour allongée en chien de fusil sur un banc auquel on a dû l'attacher.

La malade est d'une saleté repoussante, non coiffée, les bas tombant sur ses jambes, sans souliers, les vêtements en désordre et maculés de boue ; une plaque brunâtre souille son épaule gauche (elle s'est roulée dans ses excréments).

D'après les infirmières, elle refuse d'accomplir toute espèce d'acte et frappe dès qu'on veut l'y obliger. Elle fouille dans

les armoires, ramasse tout ce qu'elle trouve pour le manger.

A vos questions elle ne répond pas, ou seulement :

— Je suis une méchante fille, je n'ai pas écouté mon Dieu.

Ou bien :

— Mon enfant a été mon malheur.

11 juillet. — Nous interrogeons de nouveau la malade qui, d'après les renseignements de la surveillante, passe maintenant ses journées couchée à terre les jambes en l'air et dans un état de saleté repoussante.

— Pourquoi êtes vous si sale ?

— J'ai gâché ma vie, je ne suis plus bonne que pour souffrir et faire souffrir.

— Pourquoi ne tentez-vous pas de vous relever ?

— Je ne peux pas me remonter, il est trop tard ; si je ne m'étais pas mêlée de ce qui ne me regarde pas, rien ne serait arrivé.

Elle s'accuse d'être méchante, de faire de la peine à ses parents, parle de sa mère et conclut en se levant : « Tout est finie ».

Nous recherchons ses signes physiques : pas de myœdème, dermographisme ; réflexes rotuliens exagérés ; sensibilité diminuée.

Nous avons depuis, à maintes reprises, revu cette malade sans constater chez elle d'améliorations appréciables, si ce n'est dans sa tenue qu'avec beaucoup de difficultés les infirmières parvenaient à rendre plus décente.

A nos interrogations souvent répétées, elle est tantôt une coupable et tantôt une victime : coupable d'avoir fait le malheur des siens, ou victime du sort.

Sa mère la préoccupe constamment : « Si ma mère me

voyait! ce n'est pas la peine que ma mère m'ait si bien élevée!» répète-t-elle sans cesse, et ces phrases reviennent comme une antienne sans cesse répétée.

En proie à un découragement profond, elle déplore son état, mais déclare qu'il est trop tard pour tenter de se relever.

C'est dans cet état que nous l'avons encore trouvée il y a quelques jours.

Cette malade est, en ce qui concerne les accidents délirants présentés par elle, un type un peu à part.

Tout d'abord, il est difficile de préciser si les accidents ont remonté ainsi totalement à la grossesse elle-même, ou si les craintes manifestées par cette malade de mourir en couches ne sont pas seulement de ces craintes si fréquentes chez les jeunes femmes lors d'une première maternité. C'est là ce qui nous semble l'hypothèse la plus vraisemblable.

Donc, les accidents ne remonteraient qu'après l'accouchement et seraient même postérieurs d'un mois à cet accouchement. Comme tout phénomène infectieux semble bien avoir fait défaut, cette date éloignée serait sans doute en faveur du début d'une psychose chronique si elle ne coïncidait précisément avec la reprise par cette malade de son travail habituel, ce qui pourrait nous faire songer à une psychose d'épuisement chez une malade ayant repris trop tôt ses occupations habituelles. Cette remarque

nous entraînerait à discuter un point qui ne trouve pas place dans ce travail, au sujet du lever plus ou moins précoce des femmes et de la reprise de leurs occupations.

Si nous admettons cependant l'opinion courante, d'après laquelle la femme peut se lever dans des conditions favorables à la fin de la troisième semaine, si nous examinons de plus que cette femme appartient à la classe ouvrière chez laquelle, au neuvième jour, la femme rentrée chez elle reprend généralement sa vie normale, nous sommes entraînés à conclure que cette reprise des occupations n'a pas été tellement précoce qu'elle pût entraîner des accidents de gravité semblable à ceux que nous venons de rapporter.

Quant aux phénomènes présentés par la malade, quant aux deux étapes : un mois après l'accouchement, puis trois mois après, qu'a franchies la malade dans la marche de ses accidents, nous en avons trouvé au cours de ce travail deux observations (obs. XII et XIV).

Il nous semble donc bien que c'est à l'accouchement que doivent être rapportés les troubles présentés par cette malade. Quant aux diagnostic et au pronostic qu'il entraîne, si l'allure clinique de la maladie, si la désorientation, les idées de culpabilité et d'auto-accusation, l'onanisme, l'attitude de la malade (Cf. M. D., obs. VI) nous permettent de songer à une démence précoce, les variations présentées par elle sont trop nombreuses dans un

temps trop court pour que nous puissions conclure non point même avec certitude, mais avec une réserve aussi peu accusée que pour les maladies précédentes.

Il nous reste encore à étudier l'observation d'une malade chez laquelle les phénomènes ont éclaté un mois seulement après l'accouchement et chez laquelle tout d'abord le terrain apparaît prédisposé par l'hérédité, rendu plus favorable encore par quatre grossesses antérieures (il s'agit en effet d'une psychose de la lactation chez une multipare).

Très différente des autres malades par son allure clinique, elle nous a paru intéressante à rapporter ici, en raison de sa situation solitaire.

Le fait que nous n'en avons pas encore rencontré de semblable au cours de nos observations, apporte encore une forme clinique nouvelle dans ce travail, et nous fait suivre plus encore l'opinion de M. le professeur Gilbert-Ballet à savoir qu'il existe non pas une, mais des psychoses puerpérales.

OBSERVATION XVI

Aurélié S..., trente ans, ménagère, entre à la Salpêtrière le 2 mai 1911.

Son certificat porte : « Idées de persécution, craintes imaginaires, idées de suicide antérieures. »

D'après les renseignements que son mari nous fournit

alors, on ne connaît pas dans sa famille d'antécédents délirants, mais son père et sa mère étaient buveurs.

Elle-même étant jeune fille n'a jamais rien présenté.

Elle s'est mariée et a eu quatre grossesses et jamais n'a présenté aucun accident.

C'est à l'occasion de la cinquième que ceux-ci ont apparu.

Pendant cette cinquième grossesse, la malade a commencé à dire que les voisins s'occupaient d'elle ; jamais auparavant elle n'en avait parlé, et aussi que des agents de la sûreté la surveillaient ; on n'y a pas fait attention.

Sur ces entrefaites, éclate la grève des tanneurs ; son mari, qui exerce cette profession, continue à travailler et alors la malade craint qu'il ne soit tué comme « Renard ».

Tous ces phénomènes n'accusèrent pas alors une trop grande intensité.

Elle accouche le 3 février 1911, son accouchement est parfaitement normal, non suivi de fièvre ; même la montée du lait est athermique.

La malade ne présente de l'albumine à aucun moment et se lève quinze jours après son accouchement.

C'est un mois après cet accouchement, soit au commencement de mars, qu'elle se trouve, suivant son expression, « agitée et comme électrisée » (*sic*).

Ce sont ses voisines qui l'électrisent et lui donnent le fluide parce qu'elles sont somnambules.

A la fenêtre, dans les escaliers, elle entend parler les gens et ceux-ci disent du mal d'elle.

Elle prétend aussi que la bière qu'elle a bu l'a rendue malade, elle fait venir le médecin et sur son conseil sèvre

de suite son enfant sans que son état subisse la moindre modification favorable.

Au contraire le délire continu les agents de la sûreté passent dans la rue, ils veulent enlever son mari. Celui-ci est menacé dans son existence.

D'autres fois, c'est ce même mari qui veut l'empoisonner et sa fille avec elle. On court derrière elle dans la rue, elle n'ose plus sortir; chez elle, lorsqu'elle entend remuer quelque chose, on lui veut du mal, tantôt ce sont ses voisins et tantôt son mari.

Ces idées l'amènent dans la dernière semaine d'avril, huit jours avant son entrée à la Salpêtrière, à une tentative de suicide. Elle était couchée, s'est levée pour boire parce qu'elle étouffait; ayant bu un peu, elle voit un cordon et tente de s'en servir pour s'étrangler; son mari accouru, l'empêche de mettre cet acte à exécution. Huit jours après, comme ses idées délirantes persistent, on l'amène à la Salpêtrière.

Le 3 mai 1911, lendemain de son entrée, elle vient dans le cabinet de M. Séglas.

— Comment allez-vous ?

— Ça va un peu mieux. Ce sont ces dames qui sont venues me prendre en automobile, je les ai vues par la fenêtre et je les ai reconnues.

— Vous n'avez pas été malade au mois d'avril ?

— Quelqu'un est peut-être venu vous le dire, mais pas moi. Depuis la veille, d'ailleurs, elle prétend que dans la cour tout le monde s'occupe d'elle. « Dans tout cela je ne vois que du magnétisme. » Elle est triste en pensant à ses enfants, mais elle n'a plus peur, elle reconnaît tout le monde qui l'entoure. Elle demande à coudre et à s'occuper.

Durant les premiers jours qui suivent son entrée à la Salpêtrière, la malade manifeste un peu d'anxiété et est nerveuse, elle s'imagine que les médicaments qu'on lui donne (bromure, chloral) contiennent des substances nocives.

Cependant elle est assez calme, mange et dort bien, cherche à s'occuper autant que possible et raisonne assez bien, étant très peu loquace d'ailleurs.

Le 13 mai, jour où nous avons l'occasion de la voir plus longuement, elle nous apparaît beaucoup mieux. Elle ne songe plus du tout, dit-elle, à s'étrangler.

On ne la montre plus du doigt. Elle n'a plus d'interprétations, plus d'anxiété, elle est très calme, s'occupe, dit se trouver mieux, mais demande à rester quelque temps encore à la Salpêtrière pour se reposer. Cette amélioration se prolonge pendant toute la durée du mois de mai.

Le 25, pour la première fois depuis l'accouchement, les règles reparaissent.

Pendant le mois de juin, la malade est assez calme, mais ses idées délirantes ne l'abandonnent pas complètement; elle entend toujours des voix; cependant elle est assez gaie, mange et dort bien, a engraisé, s'occupe à l'atelier.

Le 1^{er} juillet elle vient trouver M. Ségas et lui dit :

« Je m'ennuie, j'ai vu des choses qui ne me font pas plaisir. »

Il lui semble que les médecins sont des personnages anciens qu'elle a vus autrefois. Elle voudrait savoir où elle est; est-elle à la Salpêtrière, dans un hospice ou un atelier? Il lui semble qu'elle est en prison. Des gens qui ont été condamnés ont pris son nom. Ses enfants, elle ne les reverra pas ou quand elle les reverra ce ne seront plus eux.

Tout a changé, elle a cru pourtant reconnaître M. X..., un peu changé et plus petit.

— Quand je sortirai, je respirerai.

— Que veut dire tout cela ?

— Je n'en sais rien.

Et les propos incohérents continuent.

Son mari est-il dénoncé ou pris au piège ? où ? quel piège ? elle ne sait pas.

— On dit qu'on peut s'en tirer.

— Qu'est-ce que cela veut dire ?

— Je ne sais pas.

On ne l'a pas appelée pour la visite le jour indiqué. Pourquoi ? etc., etc.

Elle recommence à nous raconter les histoires d'empoisonnement auxquelles son mari est mêlé. Elle connaît tous les gens qui passent. On a changé ses enfants et sa fille à l'église, les autres aussi ; ils ne sont pas morts, mais vivent sous un faux nom. D'ailleurs, elle sent qu'elle aura une vilaine fin.

Elle quitte la salle sans que nous puissions ce jour-là rien en obtenir d'autre.

Cependant, durant les jours qui suivent, elle se calme et l'on n'a, à l'atelier, à enregistrer aucune agitation ni mauvaise humeur.

8 juillet. — La malade revoit encore M. Séglas.

Elle arrive très gaie se plaignant seulement de la chaleur, elle ne veut rien dire de ses idées délirantes. Tout cela, dit-elle, n'était que de l'imagination. Cependant, en l'interrogeant, on lui fait avouer qu'elle entend toujours des voix.

23 juillet. — Nous causons un peu longuement avec la malade ; elle va bien, le reconnaît ; son état général est excellent, elle mange bien, dort bien, est très gaie, reconnaît tout le monde autour d'elle et quand on vient la voir au parloir. On n'a plus changé ses enfants, on n'accuse plus son mari.

Cependant, spontanément, elle nous avoue qu'elle entend toujours des voix qui lui parlent de *choses anciennes*.

Elle se refuse à nous le préciser. D'ailleurs, elle se trouve bien et ne demande pas à sortir.

Elle n'a pas de signes physiques.

Aucune agitation n'existe dans ses rapports avec ses compagnes.

Depuis le mois de juillet son état ne s'est aucunement modifié. Elle conserve un caractère gai, rit et plaisante volontiers, elle est satisfaite, son état de santé est excellent, elle ne demande pas à sortir.

Interrogée elle avoue, et même elle le fait spontanément parfois, que son état ne s'est aucunement modifié et que ses idées sont toujours les mêmes.

C'est encore parmi les cas chroniques que nous aurions tendance à placer cette malade, si là encore l'internement et le début des accidents ne remontaient encore à une date trop récente.

Les idées délirantes présentées par cette malade, les phénomènes occasionnels qui en ont déterminé l'éclosion, la courte rémission incomplète et l'allure affectée par la maladie qui, depuis plusieurs

mois, n'a subi aucune modification, nous inclineraient à ce diagnostic.

La systématisation des idées délirantes qui affectent un point bien défini, laissant la malade libre de son jugement, même sur les troubles qu'elle présente, et à plus forte raison maîtresse de son intelligence pour ce qui l'entoure, nous la feraient, parmi les démences, rapprocher de la forme paranoïde.

Quant au rôle joué par l'accouchement dans la production des accidents démentiels, il nous paraît intéressant de nous y arrêter.

A première vue, dans l'observation de cette malade, nous croyons que le début des accidents remonte à un mois après l'accouchement, et comme la malade a allaité elle-même durant cet intervalle, nous devons nous demander si les phénomènes qu'elle a présentés ne résultent pas de l'allaitement, d'autant plus qu'il s'agit d'une multipare ayant eu cinq grossesses autres et qu'on connaît la prédisposition des multipares pour les psychoses de l'allaitement.

A cette hypothèse il nous semble que certaines contradictions puissent être opposées.

Un début retardé d'un mois n'est pas chose rare; à propos de l'observation précédente, nous avons retrouvé dans ce travail des observations où le début des accidents est postérieur d'un mois et même davantage (l'obs. III remonte à trois mois); il est vrai que la discussion à ce sujet s'imposait et que nous avons conclu plutôt en faveur d'une affection aiguë que d'une affection chronique; dans l'observa-

tion VI, le début remonte à huit mois après l'accouchement et chez une multipare également. Dans l'observation XII, à sept mois après l'accouchement.

Enfin, dans l'observation XV, le début des accidents a lieu encore un mois seulement après l'accouchement et dans ce cas aucune tentative d'allaitement n'aurait été faite.

De plus, le sevrage n'a influencé en rien la marche des accidents, ce qui est contraire à la règle au cours des psychoses de la lactation, nous avons insisté sur ce point au début de ce travail ; enfin la durée des accidents est déjà de près de huit mois, durée qui nous paraît peu en rapport avec ce qui est dit des psychoses infectieuses et des psychoses d'épuisement dont la guérison est en général précoce.

Par contre, en étudiant le passé de cette malade, nous apprenons qu'il y a dans son ascendance des antécédents éthyliques non douteux, ainsi que dans l'observation XI de ce travail, et l'on connaît le rôle déplorable des antécédents héréditaires alcooliques.

Si donc, nous admettons que les quatre grossesses antérieures, encore que ce nombre ne soit pas excessif, aient pu prédisposer la malade à présenter des accidents mentaux sous l'influence d'une cinquième grossesse et d'un cinquième allaitement, là encore, dans la production des phénomènes, nous retiendrons le double facteur de la prédisposition et de l'accouchement, et une fois de plus nous sommes amenés au sage électisme, conseillé par M. le professeur Gilbert-Ballet.

Nous n'avions pas encore, en examinant les malades du service rencontré de femme qui répondît à ce type, et bien que nous la puissions, à ce qu'il nous semble, rapprocher de cas antérieurement étudiés et faire ainsi rentrer dans le grand cadre des démences précoces, elle nous paraît par sa symptomatologie offrir une variété de plus de la psychose d'origine puerpérale et par conséquent intéressante à ce point de vue.

D'une variété plus remarquable encore nous paraît cependant une malade qui fut amenée il y a quelques jours à peine à notre maître, M. le Dr Séglas, à la consultation de la Salpêtrière.

OBSERVATION XVII

Cette femme, âgée de soixante-cinq ans, a des troubles mentaux depuis vingt-deux ans déjà.

D'une hérédité et d'un passé inconnu, primipare à quarante-trois ans, elle accouche d'une fille actuellement bien portante, et immédiatement après présente des troubles mentaux qui n'auraient, paraît-il pas varié depuis ce moment.

Généralement calme, elle présenterait par intervalles des périodes d'excitation durant lesquelles elle se dirait persécutée et en voudrait à sa fille.

Dans l'intervalle elle est au contraire une malade d'allure aimable à l'humeur optimiste. Mais, elle ignore son âge, son domicile, elle se perd dans la rue, elle ignore le jour, le mois, l'année, en un mot elle est complètement désorientée aussi bien dans le temps que dans l'espace.

Sa mémoire est extrêmement affaiblie aussi bien au point

de vue de la fixation que de l'évocation et cependant parfois ses souvenirs anciens lui reviennent en foule, d'une manière automatique et par bouffées. Elle présente une fabulation embryonnaire. Ses réflexes sont exagérés. Cet état dure depuis vingt-deux ans.

Voici donc une malade dont les troubles, d'après les renseignements fournis par sa fille, remontent à vingt-deux ans en arrière, sans modifications symptomatiques appréciables.

Or, si nous admettons, et ceci nous semble bien démontré, qu'il s'agit bien dans ce cas d'une presbyophrénie, comme c'est à vingt-deux ans plus tôt que remonte le début des accidents, nous pourrions admettre que l'accouchement a dans ce cas déterminé à un âge anormal, l'apparition de troubles qui sont en règle générale l'apanage de gens plus âgés.

D'autre part, on connaît les rapports intimes qui existent entre la presbyophrénie et les polynévrites au point qu'elles ont pu être considérées l'une et l'autre comme les deux manifestations, l'une périphérique et l'autre initiale d'une même infection.

Si donc nous nous rappelons qu'il existe des psychoses polynévritiques au cours de la puerpéralité si nous remarquons en outre que chez la malade qui nous occupe il n'y a pas à l'origine de sa psychose d'autre cause apparente que l'accouchement, il nous semble qu'il y aurait lieu de nous demander si l'accouchement n'a pas joué dans ce cas encore un véritable rôle infectieux et si nous ne sommes

pas en présence, sous la forme presbyophrénique d'une psychose infectieuse aiguë à son origine et devenue secondairement chronique, à rapprocher de ces cas dont parle M. le professeur Régis et qui sont des cas aigus vraiment puerpéraux passés ensuite à la chronicité.

Il nous a donc paru intéressant de rapporter ici l'observation de cette malade, en regrettant seulement qu'elle soit parmi nos observations un cas unique et que vue tardivement à la consultation après vingt-deux ans déjà d'évolution chronique, elle ne soit pas pour nous assez affirmative.

DISCUSSION

Telles sont les observations que nous avons pu recueillir, pendant notre séjour à la Salpêtrière, de malades ayant présenté des phénomènes puerpéraux en rapport avec l'évolution de leur psychose.

Nous avons vu qu'avec certains points de ressemblances assez évidentes, elles différaient au contraire pour d'autres, notablement les unes des autres.

Voyons maintenant quels renseignements, il nous semble, qu'elles peuvent donner.

Si donc nous examinons maintenant dans leur ensemble les cas de malades dont nous venons de rapporter les observations, le point qui nous saute aux yeux tout d'abord, c'est l'extrême variété qui existe entre ces différentes malades.

Variété d'étiologie : antécédents héréditaires ou

personnels ; mode et date de début ; causes occasionnelles ; conditions puerpérales extérieures (primi ou multiparité, allaitement).

Variété de symptomatologie.

Variété de causes initiales, enfin de pathogénie et de pronostic, si importantes toutes les trois et si intimement liées l'une à l'autre.

VARIÉTÉS D'ÉTIOLOGIE

Antécédents héréditaires. — Sur les 12 malades considérées par nous comme chroniques, par une de ces singulières coïncidences de clinique nous n'avons pu, sur 6 d'entre elles, retrouver des tares héréditaires flagrantes (obs. VI, VII, VIII, X, XII, XV), l'une nous est inconnue (obs. XVII), les autres présentent une hérédité entachée. Nous y avons, comme c'est la règle, retrouvé dans 3 cas l'alcoolisme chez les ascendants (obs. IV, XI, XVI).

Antécédents personnels. — Quant aux antécédents personnels, ils sont muets malgré la minutie de nos recherches, malgré la peine que nous avons prise de fouiller depuis l'enfance le passé de ces malades.

Trois d'entre elles seulement (obs. II, III, XIII) sont des femmes de caractère faible et peu intelligentes.

Deux (obs. IV, V) ont antérieurement à leur grossesse présenté des troubles mentaux.

D'autres, enfin, et elles sembleraient presque constituer la majorité, sont des femmes plutôt intelligentes, et relativement instruites. Est-ce à dire que la femme d'un niveau intellectuel et moral supérieur est plus qu'une autre prédisposée à présenter des troubles mentaux à la suite de phénomènes puerpéraux ? C'est une question qui serait intéressante à résoudre, mais que nous n'osons pas aborder, notre observation personnelle étant trop peu étendue et de date trop récente encore. Cependant, nous avons été frappé, comme notre maître M. Séglas l'enseigne, de la fréquence de la démence précoce chez des jeunes filles surmenées intellectuellement par la préparation d'examens en vue de l'enseignement, et l'observation XIV que nous rapportons au cours de ce travail est celle d'une institutrice.

Age. — Dans les cas que nous avons rapportés au cours de ce travail le facteur âge paraît important.

Dans ces cas, en effet, 2 observations seulement (obs. VIII, XVII) sont celles de femmes ayant trente-cinq ans ou plus au début de leurs accidents ; et encore l'une d'elles (obs. XVII), femme de quarante-trois ans, a-t-elle des phénomènes d'une allure bien spéciale.

Trois malades ont plus de trente ans (obs. IV, VI, XV.)

Deux (obs. XII, XVI) ont trente ans.

Les autres sont inférieures à cet âge, et parmi ces 10 observations où les malades n'auraient pas trente

ans, 1 seule (obs. I) est d'un pronostic absolument favorable ; pour 2 autres (obs. II, III), le pronostic encore que bon doit être cependant plus réservé ; pour les 7 autres (obs. V VII, IX, X, XI, XIII, XIV), le pronostic s'est révélé, mauvais ou menace de le devenir.

Est-ce à dire par là que les femmes accouchant avant trente ans sont plus prédisposées que les autres à présenter des troubles mentaux à la suite de phénomènes puerpéraux ? Il est certain que les femmes accouchant avant la trentième année sont plus nombreuses que les autres, mais en l'absence d'un rapport précis entre les statistiques des grossesses postérieures à trente ans et celles des troubles mentaux survenant après cet âge chez des puerpérales, si l'on envisage seulement les observations de ce travail, elles semblent nous indiquer que la psychose puerpérale, ainsi qu'un monstre antique, a pour la jeunesse une fâcheuse prédilection (1).

Des différences aussi notables que les précédentes existent aussi bien dans la date que dans le mode de début des accidents mentaux d'origine puerpérale.

Date et marche de début. — Trois des malades de nos observations (obs. IV, V, XII, cette dernière sujette à caution) ont présenté des accidents antérieurement à leur grossesse.

Cinq ont débuté au cours de la grossesse même

1. Cf. Lequeux. *Journal de médecine int.*, 30 septembre 1910 et Knäuer cité par Lequeux.

(obs. II, III, XIV, XV, XVI) par des phénomènes plus ou moins accusés, qui semblent même parfois n'être chez certaines d'entre elles qu'une tendance à la tristesse et la crainte de mourir en couches si fréquente chez certaines jeunes femmes.

Trois ont des troubles dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement (obs. VII, X, XIII).

Une autre quinze jours après (obs. XI). Sur l'une (obs. IX), nous manquons de renseignements précis.

Les autres (obs. I, VI, VIII) ont eu des phénomènes tardifs au cours d'un allaitement plus ou moins prolongé.

Enfin dans l'observation XVII les troubles semblent avoir commencé aussitôt après l'accouchement.

Voyons maintenant à quelle occasion ont éclaté les troubles mentaux : on sait en effet l'étroit rapport qui s'établit si souvent tant dans l'esprit des malades eux-mêmes que dans celui de leur entourage, entre des faits souvent minimes et des troubles graves qui se manifestent peu après.

Causes occasionnelles. — Deux de nos malades, l'une peu atteinte, l'autre sortie en état de guérison apparente (obs. I, IV), ont pour cause unique au début de leurs accidents : la fatigue.

Pour une autre (obs. II) une angine peut être incriminée.

Pour une troisième (obs. III), c'est un abcès au sein ou bien une congestion pulmonaire.

Une quatrième (obs. V) a de la septicémie.

La malade de l'observation VI a perdu son lait brusquement.

Celle de l'observation VII a eu un accouchement très pénible au forceps.

Pour 2 autres (obs. X, XV), les accidents surviennent au moment du retour de couches, ou sont aggravés par ce phénomène.

Les malades des observations XI et XII ont eu avec leur entourage de violentes discussions.

Dans les observations XIII, XVI, la famille incrimine des peurs.

On voit quelle différence il existe entre ces différentes malades et combien nous sommes fondé à n'en tenir aucun compte. Voyons maintenant quelle paraît être l'influence des conditions puerpérales.

Conditions puerpérales, primiparité et allaitement. — Les primipares, à elles seules, constituent plus de la moitié de nos observations, et ceci est conforme à l'opinion classique (1) : en effet, de ces 9 malades primipares (obs. I, IV, V, IX, X, XIII, XIV, XV, XVII), 2 seulement ont allaité, et la psychose de l'allaitement est, nous le savons par les classiques, beaucoup moins fréquente à la première maternité que chez les multipares.

Multiparité et allaitement. — Au contraire la majorité des multipares allaitent ou tentent d'allaiter.

Huit multipares, dont 6 secondipares (obs. II,

1. Siemerling, cité par Lequeux. *Journal de médecine int.*, 30 septembre 1910.

1 Pare

+ Pare

Alai-
sement.

Alfai-
Tement-

五



24

910

849

8

13 14 15

11 20

18

26 15 of 6

54 44

16

54 44

16

III, VI, VII XI, XII) et 2 femmes ayant eu plus de deux enfants (6 de l'obs. VIII et 4 de l'obs. XVI).

Pour ces 8 multipares, 6 allaitements ou tentatives (obs. I, II, III, VI, VIII, XIII, XVI).

Voilà d'ailleurs le tableau comparatif que nous avons dressé des multipares et des primipares d'un côté ; et de l'autre, des femmes ayant ou n'ayant pas allaité.

Il nous a paru intéressant et conforme à la vérité classique, mais cependant pas assez affirmatif pour que nous puissions dire même au sujet de ces observations inédites, s'il eût été convenable contre les psychoses puerpérales de prescrire ou de proscrire l'allaitement.

Toutefois, il nous semble que chez des personnes ayant eu antérieurement des troubles mentaux, il serait bon de ne point faire entreprendre l'allaitement, c'est là d'ailleurs l'opinion que nous avons, au commencement de nos études médicales, entendu soutenir dans ses cliniques par le professeur Budin.

SYMPTOMATOLOGIE

Des différences considérables se manifestent aussi dans la symptomatologie des accidents mentaux.

Sans classer les malades par malades aiguës et malades chroniques ainsi que nous avons jusqu'ici cherché à le faire, voyons dans leur ensemble les troubles qu'elles ont présenté.

Suicide. — Ce sont les idées de suicide que nous trouvons en plus grand nombre, idées que la plupart des malades ont tenté de mettre à exécution (obs. I, II, IV, X, XI, XII, XIV, XV, XVI). En un mot neuf malades et encore sur quelques autres les renseignements fournis sont ils trop incomplets pour que nous puissions affirmer que ces malades n'ont jamais pensé à se tuer.

Gâtisme. — Le gâtisme vient en seconde ligne avec huit malades (obs. II, VI, VII, IX, XII, XIII, XIV, XV) et parmi celles-ci une autre, l'observation II, a guéri ou paru guérir d'une manière définitive, les autres sont des chroniques ou menacent de le devenir.

Le gâtisme semblerait donc d'un fâcheux pronostic

Mutisme. — Le mutisme plus ou moins irréductible se rapproche du symptôme précédent.

Huit malades (obs. II, III, VI, VII, VIII, XI, XII, XIV), l'ont présenté à certaines périodes plus ou moins prolongées et deux seulement (obs. II, III) sont des cas aigus.

Hallucinations. — Sept malades ont eu des hallucinations auditives ou visuelles (obs. I, II, III, IV, VI, VIII, IX), les quatre premières peuvent être considérées comme des aiguës.

Désorientation. — Cinq malades ont été plus ou moins désorientées (obs. I, IV, XII, XV, XVI), les observations I et IV sont des observations dont l'évolution fut favorable.

Craintes. — Le même nombre de malades a présenté des craintes diverses (obs. I, III, X, XI, XIV), parmi lesquelles deux cas aigus (obs. I, III).

Refus des aliments. — Il y a aussi cinq malades qui ont à une période quelconque refusé de s'alimenter (obs. II, VI, X, XIII, XIV). Une seule (obs. II), a guéri.

Tristesse. — Quatre malades (obs. II, VII, X, XIV), dont une seule aiguë (obs. II), ont manifesté une grande tristesse.

Stéréotypies. — Des stéréotypies ont été manifestées par un même nombre de malades (4) toutes chroniques (obs. VI, VIII, IX, XIII).

Indignité. — Il y a quatre observations d'indignité (obs. I, IV, XIV, XV), dont deux aiguës (obs. I, IV).

Persécution. — Trois de persécution (obs. III, XII, XV), dont une seule malade aiguë (obs. III).

Déshabillage. — Trois chroniques se déshabillent et déchirent leurs vêtements (obs. VII, X, IV).

Négativisme. — Le même nombre d'observations de négativisme, et là encore seulement chez les chroniques (obs. VI, VIII, IX).

Fausse reconnaissance. — Deux malades (obs. I, VI), dont une aiguë (obs. I), et une chronique (obs. VI), auront de fausses reconnaissances.

Interprétations délirantes. — Deux encore ont des interprétations délirantes (obs. XIV, XVI).

Onanisme. — Et deux qui sont des cas chroniques pratiquent l'onanisme (obs. XIV, XV).

Haine. — Une de ces deux malades (obs. XIV), accuse son enfant d'être la cause de son mal et le prend en haine.

Vol — Tandis que l'autre dérobe tout ce qu'elle trouve, ce qui est d'ailleurs un phénomène peu rare au cours de la grossesse, on connaît l'indulgence des jurys pour les kleptomanes enceintes (1).

Catatonie. — M^{me} D... (obs. VI), chronique, est catatonique.

Fugues — Marcelle L... (obs. III), aiguë, fait des fugues durant sa grossesse.

Signes physiques. — Rappelons enfin pour mémoire que nos malades chroniques présentent à des degrés plus ou moins égaux des signes physiques (exagération des réflexes rotuliens, dermographisme, diminution de la sensibilité) et certaines d'entre elles, l'un de ces signes à l'exclusion des autres.

Albuminurie. — Quant à l'albuminurie elle a sans doute été signalée chez un certain nombre de malades, mais les renseignements qui sur ce sujet nous ont été fournis sont trop peu certains pour que nous puissions nous arrêter à ce symptôme.

1. Cf. Lequeux. *Journal de médecine int.*, 30 septembre 1910.

ÉVOLUTION

En ce qui concerne l'évolution des psychoses chez nos malades, la même diversité se retrouve.

Aiguës. — Parmi les aiguës M^{me} B... (obs. I), guérit spontanément quand on cessa l'allaitement, de même d'ailleurs que la nourrice dont nous avons rapporté l'observation dans le texte même de ce travail.

La malade de l'observation II, après une période de troubles graves, s'améliore de façon lente et progressive.

Chez la malade de l'observation III, au cours de la crise que nous avons observée, les accidents commencent à s'amender aussitôt après l'entrée à l'hôpital, elle sort, et après une fatigue légère revient dans le même état. Antérieurement, elle avait présenté des accidents délirants pendant plus de huit mois, accidents ayant guéri ensuite en quinze jours.

La malade de l'observation IV a des accidents avant d'être enceinte, puis après une crise aiguë qui suit l'accouchement, évolue vers la guérison.

Dans l'observation V, Eugénie M..., qui a présenté une crise de dépression mélancolique plusieurs mois auparavant, meurt au milieu d'accidents aigus de délire.

Chroniques. — Parmi les chroniques : M^{me} D... (obs. VI) délire après un premier accouchement,

s'améliore ; son pronostic s'aggrave au cours d'une deuxième grossesse et après une période d'amélioration insignifiante elle devient démente et meurt.

Parmi les autres malades chroniques ou menaçant de le devenir, nous trouvons 7 cas où des remissions ont été signalées (obs. VI, VIII, X, XI, XII, XIV, XV, XVI) et 4 cas dans lesquels l'évolution paraît avoir été dès le début lente et progressive (obs. VII, IX, XIII, XVII) d'une manière régulière.

Cette extrême variété, tant des antécédents héréditaires que des antécédents personnels de l'âge, du mode et de la date de début des accidents, de leurs causes occasionnelles, des conditions puerpérales, des symptômes, tant physiques que mentaux, et enfin de l'évolution ; ce rapprochement par certains points de malades que tant d'autres détails font différer, montrent les difficultés d'un diagnostic, et combien les psychoses d'origine puerpérale ont entre elles de différences notables, ainsi que le fait si clairement remarquer M. le professeur Gilbert Ballet dans ses *Leçons cliniques* de l'année 1897.

Il nous resterait encore à discuter la pathogénie de ces accidents tant aigus que chroniques, mais nous avons voulu faire ici un travail de clinique simple et rapporter quelques observations que nous avons été à même de recueillir et qui nous ont paru d'un certain intérêt, aussi ne nous trouvons nous pas autorisés à rentrer ici dans la discussion si complexe et encore si obscure de la pathogénie des psychoses d'origine puerpérale.

Toutefois le diagnostic et le pronostic de l'affection nous paraissent liés d'une manière tellement intime à sa cause initiale qu'il nous semble difficile d'achever ce travail sans nous y arrêter quelque peu.

A première vue, dans les cas aigus et par ce terme nous entendons les accidents d'apparence plus ou moins grave, au début brusque, à l'évolution favorable, le rôle de l'allaitement, le caractère toxi-infectieux des accidents nous semblent dans nos observations assez nettement indiqués.

Parmi les observations qui appartiennent à ce type, la malade de l'observation I est nourrice fatiguée par son allaitement, elle présente des accidents de délire ; elle cesse d'allaiter, elle guérit ; quelques années après une grippe provoque chez elle les mêmes accidents délirants qui guérissent avec l'infection causale.

La malade de l'observation II n'a point, pendant sa grossesse, de troubles bien caractérisés ; ils éclatent au contraire sous l'influence combinée de l'allaitement et d'une infection banale.

La malade de l'observation III a de l'albumine, des abcès au sein et toutes les causes possibles de toxi-infection s'ajoutant à des tentatives d'allaitement.

Il ne nous appartient pas de résoudre cette question, pourtant il nous paraît que dans ces derniers cas, le rôle toxi-infectieux d'une part, le rôle de l'épuisement d'autre part (ils ont joué le même dans l'obs. I) peuvent au moins se combiner.

Dès l'observation IV la question paraît plus complexe, puisque la malade a dans ses antécédents personnels des accidents délirants en dehors de toute cause puerpérale; la même réflexion nous serait suggérée par l'observation V et plus encore peut-être par les suivantes.

Chez ces malades, nous nous sommes attachés, en étudiant séparément chacune des observations, à démontrer le rôle d'un double facteur : la prédisposition et l'accouchement.

Certes, nous ne pouvons retrouver chez toutes ces malades d'accidents antérieurs dans leur passé ou chez leurs parents, mais les renseignements recueillis sont sur ce sujet toujours douteux, et nul n'ignore le rôle joué par les antécédents tant héréditaires que personnels dans les maladies mentales (1). Or, dans ces cas, c'est bien en présence de maladies mentales que nous nous trouvons, mais caractérisées à défaut d'autres symptômes par leur évolution propre.

Quant au rôle joué par la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement, par l'état puerpéral en un mot, est-il occasionnel simplement ? Peut-être ! est-il initial au même titre que la prédisposition ? La question se pose. Elle se pose d'autant plus qu'on sait le rôle joué par la grossesse dans les modifications de l'organisme, rôle défini par les auteurs et sur lequel nous avons insisté à plusieurs reprises au cours de ce travail.

1. Lequeux. *Journal de médecine int.*, 30 septembre 1910.

Dans tous les cas, quel est le mode d'action ?

Est-il mécanique ? Est-il infectieux ?

La question de ces deux facteurs est pendante depuis les lettres de Laënnec à Broussais.

La folie sympathique puerpérale de laquelle Marcé s'occupait en 1858 n'est plus en cause, mais ne peut-on admettre que le développement anormal de l'utérus agisse mécaniquement, alors qu'on a constaté l'action d'un utérus malade ou simplement en rétroversion dans la production des signes de la grossesse et des troubles mentaux associés.

Doit-on adopter la théorie humorale et la modification simple de l'organisme ?

Doit-on admettre avec M. Picqué (1) et son élève M. Privat (2) le rôle capital joué sur un organisme prédisposé, par l'infection ; dans le cas particulier des psychoses *post partum* les seules auxquelles disent ces auteurs, le nom de psychoses puerpérales puisse être accordé.

Doit-on admettre l'intoxication de cause personnelle ou de cause fœtale (ou ovulaire) (3) ?

Doit-on admettre le rôle du schock (3) ou celui de quelque glande close ?

Chacune de ces hypothèses renferme sans aucun doute sa part de vérité, mais l'avenir seul montrera peut-être laquelle doit l'emporter sur les autres.

1. Picqué. *L'Obstétrique*, juillet 1911, à propos des psychoses puerpérales.

2. Privat de Fortuné. Thèse de Paris, 1905.

3. Lequeux. *Journal de médecine int.*, 30 septembre 1910.

CONCLUSIONS

Des observations que nous venons de rapporter, des malades que nous avons été à même d'observer pendant les dix-huit mois de notre séjour à la Salpêtrière, et qui dans les antécédents de leur psychose présentaient un trouble puérpéral quelconque, un premier fait se dégage.

1^o L'extrême variabilité des cas, les variations individuelles considérables, les différences que ces malades présentent entre elles font la difficulté extrême pour classer d'une manière quelconque les psychoses d'origine puerpérale.

Nous avons tenté, sur ces quelques observations bien restreintes dans leur nombre, mais dont les malades ont été étudiées par nous presque journellement, pour la plupart, d'établir un semblant de classification, et nous en sommes arrivé à ce point : que s'il existe en vérité parmi ces malades, deux grandes classes : une d'aiguës et l'autre de chroniques, il y a entre les malades de ces deux types toute l'échelle des cas douteux ; en un mot, qu'il y a,

suivant, l'expression de M. le professeur Gilbert, Ballet, « non point une, mais des psychoses puerpérales ». Nous dirions volontiers qu'il existe presque une psychose par malade.

Dans ces conditions, il nous semble impossible, d'admettre que la puerpéralité et toutes les modifications maternelles qu'elle entraîne puissent donner naissance à telle ou telle psychose, elles n'agiraient que comme adjuvants, que comme causes déterminantes sur un terrain plus ou moins préparé. Si certaines de ces psychoses, les psychoses toxi-infectieuses et les psychoses d'épuisement ont une évolution favorable, c'est sans doute parce que les malades qui les ont présentées, et qui auraient probablement présenté des troubles mentaux sous l'influence d'une infection quelconque, n'offraient pas aux maladies mentales un terrain favorable, en dépit parfois des apparences.

2° Un deuxième fait se dégage ensuite, c'est celui que nous avons mentionné à propos des variétés, à savoir qu'à côté des nombreux cas douteux dont le diagnostic propre est impossible, on peut distinguer d'une part des psychoses au caractère nettement aigu, d'autre part des psychoses franchement chroniques.

Les premières, au début brusque, aux accidents graves d'emblée, survenant un temps très court après l'accouchement en général ou bien au cours d'un allaitement, sont des psychoses toxi-infectieuses ou des psychoses d'épuisement.

Les secondes, dont l'apparition plus variable peut

coïncider avec la grossesse, avec l'accouchement, avec la période d'allaitement ou même avec le retour de couches, s'installent plus lentement, progressivement, s'arrêtent parfois dans leur évolution, un temps plus ou moins long, mais évoluent d'une manière sûre, lente et progressive vers une déchéance définitive.

Elles sont l'apanage de malades prédisposées par leur origine, leur hérédité, leur passé pathologique, leur caractère propre, leur tempérament (les causes sont multiples), et cela même lorsque des manifestations extérieures ne se sont pas antérieurement produites.

Elles se déclanchent parfois sous l'influence de causes extrêmement banales auxquelles les familles les rapportent généralement en vertu du vieil adage : *post hoc ergo propter hoc*.

Elles sont malheureusement l'apanage de femmes jeunes aussi bien primipares que multipares ; elles s'accompagnent de manifestations très variables, réalisent des types très différents, et pourtant elles appartiennent pour la plupart à la grande classe des démences précoces, ce qui explique pourquoi elles atteignent les très jeunes femmes (plus volontiers encore que les autres).

Enfin, à côté de ces cas, il existe peut-être une troisième classe de psychoses auxquelles nous faisons allusion tout à l'heure à propos de l'observation XVII de ce travail : de psychoses de cause infectieuse ; aiguës à leur début puis plus tardivement

chroniques, causées par l'accouchement, véritables phénomènes puerpéraux (**confusions mentales chroniques** de M. Régis).

° Un troisième fait, conséquence des deux autres, nous paraît alors se dégager, à savoir que : en présence d'une malade qui, dans l'origine de sa psychose, a présenté à une période quelconque un phénomène puerpéral quelconque, et par phénomène puerpéral nous entendons aussi bien le grossesse et l'allaitement que l'accouchement lui-même, en présence donc d'une de ces malades, surtout si la femme est jeune, surtout si elle a dans son passé ou dans son hérédité quelque trouble au caractère délirant, le médecin ne devra point conclure à la bénignité du pronostic sous prétexte qu'il s'agit là d'une psychose d'origine puerpérale et que ces psychoses sont d'un pronostic bénin.

Il faudra au contraire rechercher s'il n'y a point quelque albuminurie, quelque cause d'épuisement, quelque phénomène infectieux. La présence de l'un d'eux pourra faire pencher en faveur d'un pronostic favorable, comme aussi la présence des symptômes nets de la confusion mentale aiguë, la forme la plus curable, suivant l'opinion générale, des psychoses d'origine puerpérale. Encore dans ce dernier cas, y-a-t-il place pour le doute en faveur d'une évolution ultérieurement chronique. En l'absence de ces divers faits, le pronostic sera aggravé.

Il nous paraît donc qu'à l'exception de cas très rares dont le diagnostic et le pronostic semblent

s'imposer, il serait bon de les réserver l'un et l'autre, et surtout le pronostic que peut uniquement affirmer, à des années peut-être de distance, l'évolution qui seule juge en dernier ressort.

Vu : le Président de thèse,

GILBERT-BALLET

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

